Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Specifika léčby u alkoholiků, gamblerů a uživatelů nealkoholových drog

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Homolková

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání práce: 2.5.2012

ABSTRAKT

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma Specifika léčby u alkoholiků, gamblerů a uživatelů návykových látek. Tato práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se s oporou o odbornou literaturu věnuji otázce závislosti na alkoholu, drogách a patologickém hráčství. Následně rozpracovávám problematiku léčby výše zmíněných patologických jevů. Nejprve v obecné rovině a poté i formou konkrétních zkušeností s léčbou závislostí v psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Cílem práce je definovat specifika léčby u alkoholiků, gamblerů a uživatelů nealkoholových drog v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Zkoumanými terapeutickými přístupy jsou arteterapie, pracovní terapie a skupinová a individuální psychoterapie. V rámci své bakalářské práce jsem sestavila tři výzkumné otázky týkající se terapie v konkrétním léčebném středisku a pokusila se na ně v praktické části této práce zodpovědět. Jsou to tyto: „V čem cílová skupina spatřuje hlavní význam realizované terapie?“, „Jaké jsou největší klady prováděné terapie?“, „Jaké jsou největší zápory prováděné terapie?“.

Pro realizaci výzkumu této práce jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu, konkrétně metodu polostrukturovaného rozhovoru. Vlastní výzkum pak probíhal v prostorách psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Jednotlivé rozhovory byly uskutečněny v období od listopadu 2011 do března 2012.

Konkrétní výzkum ukázal, že jednotlivé výše uvedené závislosti nevykazují zásadní rozdíl ve specifice léčby. Odlišnosti mezi léčbou jednotlivých druhů závislostí můžeme charakterizovat jako rozdíly dílčí. Osobně se domnívám, že se tyto odlišnosti neodvíjí pouze od druhu užívané návykové látky, nicméně na tento fakt působí společně více faktorů. Mezi tyto pak patří věk, pohlaví, vzdělání, drogová (alkoholová) kariéra, rodinné zázemí, ekonomická situace, sociální a komunikační dovednosti, pracovní návyky jedince a v neposlední řadě i skutečnost, o kolikátou léčbu se v případě pacienta jedná.

ABSTRACT

The topic of my undergraduate thesis is “Specifications of the detoxification of alcoholics, pathological gamblers and non-alcoholic drug-addicts. My thesis is divided into two main parts, the theoretical one and the practical one. The theoretical part, supported by specialized literature, dissertates on the alcohol addiction, dependence on drugs and pathological gambling. Consequently I elaborate the subject of the treatment of above mentioned pathological phenomena, first in general and afterwards by using particular experience with the detoxification in the asylum Červený Dvůr.

The drift of my thesis is to define what the specifications of the detoxification of alcoholics, gamblers and non-alcoholic drug-addicts are in the asylum Červený Dvůr. The examined therapeutic approaches are the art therapy, the occupational therapy, the group and the individual psychotherapy. In this thesis I have established three research questions related to therapy in the specific treatment center and tried them, in the practical part of this work, to answer. The following are the questions: “What is the main importance of the realized therapy for the target group?”, “What are the main positives of the used therapy?”, “What are the main negatives of the used therapy?.”

For realization there was used the form of qualitative research, concretely the method of semi-structured interview. The research took place in the premises of the asylum Červený Dvůr. Individual interviews were conducted between November 2011 and March 2012.

By the investigation on particular group of informants was found out, that there are not major differences in the detoxification of individual kinds of addiction. The distinction that resulted from the investigation can be characterized as fractional. These in my opinion are not only following the kind of the used drug but are affected by many factors as the age, gender, education, drug-addict path, career, family relations, economic situation, social and communicational skills, work habits as well as the fact, how many therapies the person undergone before.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2012

.....

Kateřina Homolková

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlu Váchovi za poskytnutí podkladů a cenných rad při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji Prim. MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi a terapeutickému týmu psychiatrické léčebny Červený Dvůr za realizaci vlastního výzkumu.

OBSAH

ÚVOD 8

1 SOUČASNÝ STAV 10

1.1 Závislost 10

1.1.1 Bio-psycho-sociální model závislosti 11

1.1.2 Závislost na drogách 12

1.1.3 Závislost na alkoholu 13

1.1.4 Patologické hráčství – závislost 14

1.2 Léčba Závislosti 16

1.2.1 Léčba závislosti obecně 16

1.2.2 Práce s klientem 18

1.2.3 Léčba závislosti na alkoholu 19

1.2.4 Léčba závislosti na nealkoholových drogách 21

1.2.5 Léčba závislosti patologického hráčství 22

1.2.6 Léčba závislosti v PLČD: 24

1.3 Jednotlivé druhy terapie 27

1.3.1 Psychoterapie 27

1.3.2 Skupinová psychoterapie 30

1.3.3 Rodinná terapie 32

1.3.4 Individuální terapie 33

1.3.5 Psychoterapeutické metody 34

1.3.6 Arteterapie 36

1.3.7 Pracovní terapie 38

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 40

3 METODIKA 41

3.1 Použité metody 41

4 VÝSLEDKY 43

4.1 Okruh arteterapie 43

4.2 Okruh pracovní terapie 49

4.3 Okruh skupinová psychoterapie 55

4.4 Okruh individuální terapie 60

5 DISKUZE 66

6 ZÁVĚR 73

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 75

8 KLÍČOVÁ SLOVA 79

9 PŘÍLOHY 80

ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila, protože mě již delší dobu o toto zajímám. V rámci bakalářského studia jsem vykonávala čtyřtýdenní praxi v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Zde jsem se blíže seznámila s problematikou léčby závislosti.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení, které se specializuje na léčbu jednotlivých druhů závislosti. Léčba závislosti zde probíhá dle Apolinářského modelu (Skálova modelu). Ten je charakteristický propojením zásad a pravidel terapeutických komunit, behaviorálních přístupů, bodovacího systému, posilování fyzické zdatnosti klienta a prací s rodinou. Skálův model vyzdvihuje kolektivní odpovědnost. Pochybení jednoho klienta je pochybením celé skupiny. Tento léčebný model je také znám pod zkratkou "PRS" - Program, Režim a Systém.

V posledních letech je klientela léčebny tvořena převážně z toxikomanů (60–63 %), alkoholiků (32–34 %) a gamblerů (3–8 %). Z důvodu různorodé klientely jsem si zvolila téma, které se věnuje léčbě jednotlivých druhů závislosti, tedy „Specifika léčby u alkoholiků, uživatelů nealkoholových drog a gamblerů“.

V teoretické části bakalářské práce se s oporou o odbornou literaturu věnuji jednotlivým druhům závislosti, tzn. závislosti na alkoholu, závislosti na nealkoholových drogách a patologickém hráčství. Dále se věnuji léčbě závislosti z obecného hlediska a poté konkrétně tomu, jak léčba závislosti probíhá právě v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Zvýšenou pozornost ve své práci věnuji následujícím terapeutickým přístupům – arteterapie, pracovní terapie, skupinová a individuální psychoterapie.

V praktické části své bakalářské práce zkoumám rozsah a potřebu právě výše zmíněných terapeutických přístupů a to jak z pohledu klientů, tak i z hlediska terapeutů psychiatrické léčebny Červený Dvůr.

Taktéž jsem svou prací chtěla poukázat na to, jak je důležité, aby terapeut reagoval na aktuální potřeby klientů, které se v průběhu léčby neustále mění. I z tohoto důvodu

jsem směřovala cíl této práce k definování specifik léčby alkoholiků, gamblerů a uživatelů nealkoholových drog.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Závislost

Definice závislosti se dle Americké psychiatrické asociace odvíjí od diagnostiky pacienta, který by měl vykazovat za období dvanácti měsíců přinejmenším tři ze sedmi níže uvedených znaků, jež Nešpor uvádí následovně:

- Růst tolerance (k dosáhnutí stejného účinku je potřeba zvyšovat dávky)
- Příznaky charakteristické při odvykání
- Dávka je přijímána v množství vyšším nebo v čase delším než bylo původně plánováno
- Výskyt dlouhodobé snahy a pokusů o omezení či ovládnutí přijímané látky
- Velké množství času je tráveno obstaráváním, užíváním či zotavováním se z jejích účinků
- Dochází o omezení sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku drog
- Látka je užívána navzdory dlouhodobým a opakujícím se problémům ze všech sfér života (26)

Závislost vzniká užíváním psychoaktivní látky. Psychoaktivní látkou rozumíme každou látku (substanci), která ovlivňuje psychickou činnost.

Závislost se vytvoří po různě dlouhé době. U abúzu (škodlivé užívání) alkoholu se závislost vytváří několik let, na rozdíl od heroinu, kde je možné vytvořit závislost během několika měsíců. (22)

Nešpor přirovnává závislost k jízdě na kole. Tvrdí, že dokud člověk šlape do pedálů (soustavné doléčování, pravidelné navštěvování skupinových sezení

abstinujících) je udržení závislosti „pod kontrolou“ poměrně snadné, jakmile šlapat přestane, udržení rovnováhy se stává obtížnějším. (25)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. (26)

WHO ve své definici závislosti také zmiňuje aspekt tolerance, který se vzhledem k závislosti zvyšuje. Tím pádem při nedostatku užívané látky vzniká abstinenční syndrom. Současně Světová zdravotnická organizace klade důraz na dopad závislosti na celou společnost, nikoli jen na daného jedince. (36)

Závislost jako takovou rozlišujeme na fyzickou a psychickou. Fyzická závislost je charakterizována jako rozvoj nepříjemných tělesných příznaků – třes, pocení, křeč, průjem. Tyto příznaky se vyskytují vždy po vysazení či snížení pravidelné dávky návykové látky.

Psychická závislost je charakterizována jako touha po opětovném navození příjemných duševních stavů. Rozdíl mezi psychickou a fyzickou závislostí je zejména v délce daného pocitu. Fyzická závislost odezní v řádu hodin, dní, maximálně týdnů, zatímco psychická závislost je dlouhodobou, respektive dlouholetou záležitostí. (22)

1.1.1 Bio-psycho-sociální model závislosti

Příčiny vzniku závislosti na alkoholu, nealkoholových drogách a patologickém hráčství mají velmi různorodé příčiny.

V současné době není znám prvek, který by předem určoval vznik závislosti. Ve většině případů se jedná o nejrůznější kombinace více faktorů. (15)

Bio-psycho-sociální model závislosti klade důraz na poskytování různých přístupů, konkrétně detoxifikaci, farmakoterapii, komplexní psychodiagnostiku a terapii (individuální, rodinnou i skupinovou). (21)

Biologický model závislosti v současné době vědecky potvrdil pouze fakt, že pravděpodobnost vzniku závislosti na alkoholu je vyšší u dětí alkoholiků. Tento aspekt se projevuje vyšší mírou tolerance alkoholu již od počátku experimentování s alkoholem. (15)

Tato úroveň se soustřeďuje na biologické příčiny a souvislosti spojené se vznikem závislosti. (27)

Psychologická úroveň závislosti vyzdvihuje zejména období nitroděložního vývoje a dobu porodu. Zde je zdůrazňována především role tzv. imprintu (vtisku). Kromě výše zmíněných období vývoje, se psychologická úroveň věnuje i ostatním vývojovým stádiím. (15)

Obecně se jedná o psychogenní vlivy a faktory, které podmiňují vznik a rozvoj závislosti. (27)

Sociální aspekt je pak zaměřen na společnost, respektive na okolí, které daného jedince obklopuje. Zároveň se promítá i do velmi obecné roviny, kam řadíme rasovou příslušnost, sociální status rodiny či její náboženské vyznání. Důraz je zde kladen na rodinu, školu, blízké přátelé a známé daného jedince. (15)

1.1.2 Závislost na drogách

Nelegálně šířená a zneužívaná psychoaktivní látka vyvolávající závislost se často označuje jako droga. (22, s. 51)

Nešpor uvádí, že pojmy toxikomanie a narkomanie vyjadřují závislost na drogách. (Narkomanií se rozumí závislost na psychoaktivních nealkoholových drogách). Jde-li o závislost na jedné droze – hovoříme o monotoxikomanii (např. alkoholismus), jde-li o závislost na více drogách – hovoříme o polytoxikomanii (např. alkohol + léky potlačující úzkost). Termíny toxikomanie a narkomanie se už v současné době používají méně, upřednostňována jsou vyjádření drogová závislost a závislost na drogách. (23, s. 57)

Chování lidí, kteří zneužívají a nadužívají alkohol a jiné psychoaktivní látky je charakterizováno následovně:

- Krádež – alkohol, léky, cennosti, peníze (z domácnosti)
- Změna přátel
- Noví přátelé jsou závislí na alkoholu/jiných látkách
- Nezájem o studium a práci
- Nezájem komunikovat s rodinnými příslušníky
- Změna hierarchizace hodnot
- Snížení a zhoršení péče o vzhled
- Lži, vyhýbavé, rozporuplné chování
- Problémy se zákonem (22)

1.1.3 Závislost na alkoholu

Alkohol je rozšířen po celé zemi. V České republice je spotřeba čistého alkoholu na jednoho obyvatele vyčíslena na deset litrů za rok. Pivo je nadužíváno ¼ mužů a až $^{1}/_{10}$ žen. (17)

Alkohol je v našich krajíc nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. V roční spotřebě alkoholu na jednotlivce patříme k zemím s nejvyšší jeho konzumací a z toho plyne i častost a závažnost komplikací, které alkoholismus přináší jak v oblasti zdravotní, tak společenské.

(22, s. 52)

Rozlišujeme 4 stádia závislosti na alkoholu:

- stádium – droga, která pomáhá k dosažení dobré nálady či odstranění nepříjemných stavů
- stádium – přechod od méně koncentrovaných k více koncentrovaným nápojům

- stádium – tolerance vůči alkoholu se drží v normě, ale začínají se objevovat výpadky paměti
- stádium – snížení tolerance vůči alkoholu, k opití se stačí už jen velmi málo, pijan pije několik dní (od rána do večera) (23)

V průběhu abúzu alkoholu se zvyšuje tolerance alkoholu, tudíž k dosažení požadovaného účinku je potřeba zvýšení dávky. V důsledku zvýšení tolerance se u alkoholika začínají objevovat několikadenní tahy. Dochází ke změně psychické i fyzické stránky alkoholika. Začíná lhát svému okolí, je nezodpovědný, žárlivý a vymýšlí si důvody proč pít. V psychologii tento obranný mechanismus označujeme jako racionalizace.

V posledním stádiu alkoholismu dochází naopak k prudkému snížení tolerance. Alkoholik je tedy opilý například po požití dvou piv. S poslední fází alkoholismu souvisí i finanční aspekt alkoholika. Dochází mu peníze, proto alkohol nahrazuje jinými nápoji, příkladem jsou zde čisticí prostředky. Právě tato výměna za levnější pitivo častokrát urychluje smrt závislých na alkoholu. (22)

Je důležité poznamenat, že alkohol je v rámci léčby častokrát zanedbáván a podceňován. Sami pacienti uvádějí alkohol jako tzv. „sekundárně“ problémovou drogu a také jako drogu, ke které se vrací nebo s ní začínají po ukončení léčby, respektive po ukončení abstinence.

Takovéto užívání alkoholu je nebezpečné zejména pro polymorfní uživatele drog. (11)

1.1.4 Patologické hráčství – závislost

Patologické hráčství se v Mezinárodní klasifikaci nemocí řadí mezi „návykové a impulzivní poruchy“, tedy ne mezi závislosti. (26, s. 27)

Pro patologické hráčství jsou typická tři stádia – fáze výher, fáze proher a fáze zoufalství.

Fáze výher je charakterizována jako občasná hra, kdy dochází k častějším výhrám. Hráč hraje sám, cítí se dobře a svými výhrami se chlubí. Fáze proher je doprovázena neustálým myšlením na hru. Hráč si legálně půjčuje peníze, je bezohledný vůči rodině, nechodí do práce, odkládá splácení dluhů. Postupem času jeho dluhy rostou, začíná si půjčovat nelegálně, cítí se nepříjemně, zanedbává svůj vzhled.

Fáze zoufalství souvisí již s represivními opatřeními, kterými jsou podmíněné tresty. Hráč častokrát v této fázi odchází od rodiny. Následuje rozvod, zničená pověst, ztráta zaměstnání i střechy nad hlavou. Dochází k narušení psychického, fyzického, rodinného a sociálního systému jedince. (23)

Definice patologického hráčství dle WHO je založena na několika aspektech. Prvním z nich je fakt, že během období jednoho roku se u člověka vyskytnou dvě či více epizod patologického hráčství. Je důležité poznamenat, že zmíněné epizody nejsou pro hráče přínosné, pouze vyvolávají a zvyšují tíseň a narušují jeho každodenní život. Jedinec hovoří o silném puzení, které není schopen vlastními silami ovládnout. Pro patologické hráčství jsou také typické nutkavé myšlenky a představy hraní a okolností, které s hrou souvisejí. (26)

Kritéria pro stanovení diagnózy patologického hráčství jsou kvalitativní a kvantitativní. Pokud jde o posuzování kvantitativní, je to především problematika motivace, tedy v tomto případě problém peněz. Zdá se však, že zásadní rozdíl mezi normou a patologií je vztah k penězům jako k financím. (23, s. 85)

Kvalitativní kritéria pro stanovení diagnózy psychopatologického hráčství:

- Progresivita (základní kritérium)
- Absence respektování mezí přijatých ztrát – půjčení peněz na další hru
- Impulzivita
- Ambivalence k penězům (vazba na hru, nikoliv na finanční výhru)
- Dluhy, krádeže – násilné získávání finančních prostředků
- Vyšší zastoupení mužů než žen (23)

1.2 Léčba Závislosti

1.2.1 Léčba závislosti obecně

Léčba závislosti se rozděluje dle několika hledisek. Dle způsobu poskytování se rozděluje na ambulantní, ústavní a rezidenční. Dle poskytované délky se dělí na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. (7)

> *Program léčby závislosti na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách v rámci ústavní léčby obvykle zahrnuje:*
>
> - *Režimovou léčbu jako způsob hodnocení chování pacientů. Hodnocení se týká jednotlivce i skupiny (např. při úklidu ložnic). Z dobrého celkového hodnocení vyplývají individuální i skupinové výhody.*
> - *Detoxikační léčba, probíhající první dva týdny po přijetí pacienta. Jejím cílem je vyrovnání vegetativní rozkolísanosti, špatné výživy a zmírnění somatických i psychických symptomů.*
> - *U závislých na alkoholu averzivní terapie, vyvolávající nepříjemné pocity a nevolnost ve vztahu k alkoholickým nápojům.*
> - *U závislých na alkoholu Antabus – alkoholová reakce a léčba Antabusem. Pacient se obvykle podrobuje pokusu ve třetím týdnu pobytu, následně pak dvakrát týdně užívá Antabus v tabletách v navozené atmosféře rituálu.*
> - *Přednášky o škodlivosti psychoaktivních látek na lidský organismus.*
> - *Rozbory deníkových záznamů, případně také záznamů o snech.*
> - *Vypracování životopisu a jeho analýza ve skupině.*
> - *Individuální a skupinová psychoterapie*
> - *Pravidelné, zpravidla jednotýdenní svolání komunity, poskytující pacientům možnost veřejně vyslovit vlastní názory, nesouhlas, řešit spory. Nově příchozí jsou ostatním představováni.*

- *Socioterapeutický klub, v němž jsou řešena témata závislosti a abstinence*
- *Pohybové sportovní aktivity – rozcvičky, kondiční běh, sportovní zápasy*
- *Pracovní terapie, podléhající hodnocení*
- *Účast na kulturních programech*
- *Bibliografie, probíhající formou individuálního i kolektivního čtení. Bývá doplněna besedou o přečteném a krátkými písemnými zápisy pacientů o obsahu textu*
- *Arteterapie, nejčastěji kreslení a malování, řidčeji modelování, batikování atp. Vedle terapeutického významu mívá velmi podstatný význam diagnostický*
- *Psychogymnastika, mající za cíl kromě celkového uvolnění i větší sebepoznání a zvýšení schopnosti nonverbální komunikace* (23, s. 83-84)

Léčebné společenství (komunita) patří mezi nejcennější složku programu. Klientům poskytuje pocit bezpečí a prostor k řešení vlastních problémů. Dle odborníků je komunita velmi prospěšná zejména v období krize. (10)

Účelem strukturovaného programu je snaha zapůsobit na různé složky klientovi osobnosti a tím ho vést ke změně sebepojetí, postojů a chování. (9)

Dalším nástrojem je ranní komunita. Ta charakterizována jako základní denní setkání. Zde se probírají významné události předešlého dne a také se upřesňuje program na den následující. (10)

Mezi hlavní komunitní aktivitu patří volná tribuna. Ta slouží k řešení a rozhodování o všech důležitých momentech v životě komunity a v rámci léčby závislosti. Zpravidla dochází k těmto aktivitám:

- Představování nově příchozích členů

- Rituál přijímání do komunity
- Určení délky léčby
- Případná úprava délky léčby
- Žádost o individuální terapii
- Řešení přestupků vůči řádu léčebny

Volné tribuny se mohou zúčastnit i návštěvy pacientů, zejména pak v rámci rodinné terapie. (10)

Nahlížíme-li na pojem závislost z čistě obecného hlediska, dojdeme k několika nástrojům změny, které je zapotřebí v rámci léčení jednotlivých druhů závislosti aplikovat. Patří sem tedy posilování motivace, dobré vnímání sebe i vnějšího světa (z anglického mindfulness), cvičení vnitřního ticha, dovednosti potřebné pro život, dovednosti sebeovlivnění, sociální dovednosti. (26)

Po propuštění z ústavní léčby jsou pacienti zváni k opakovacím pobytům, nejčastěji realizovaným v průběhu víkendu. První pozvání dostává propuštěný pacient zhruba za měsíc po ukončení ústavní léčby. Obsahem opakovaných pobytů je kontrola doléčování, řešení aktuálních problémů pacientů a u závislých na alkoholu posilování jejich podmíněné reakce na alkoholické nápoje. (23, s. 83-84)

1.2.2 Práce s klientem

Při práci s klientem je nejdůležitější interakce mezi terapeutem a klientem. Je důležité, aby terapeut při práci s klientem využíval své schopnosti, znalosti a zároveň, aby klientovi důvěřoval.

Výše zmíněné předpoklady pro práci s klientem terapeut získává během studia.

Na počátku práce s klientem je velmi důležité navození příjemné a důvěrné atmosféry. Shulman ve své publikaci uvádí, že navození takovéto atmosféry je důležité pro celý proces práce s klientem. Jedná-li terapeut profesionálně, snadněji navodí příjemnou, otevřenou a důvěryhodnou atmosféru, díky které poté snadněji dosáhne požadovaných výsledků v rámci práce s klientem. (31)

Úlehla práci s klientem shrnuje do následujících fází: otevření, dojednání, průběh a ukončení.

Shulman i Úlehla se shodují v tom, že základem úspěchu při práci s klientem je schopnost nespěchat a být zcela zaujatý příběhem klienta. To znamená, že terapeut klienta chápe jako autonomní osobu, která ví, co je pro ni dobré a co nikoliv. Terapeut mimo jiné klientovi přiznává právo říci si o to, co potřebuje, a zároveň i právo vyjádřit to, co klientovi vadí či nevyhovuje.

Mezi základní aspekty, které přímo ovlivňují práci s klientem, patří důvěra, respekt a bezpečí. (35)

Léčba závislosti zahrnuje několik metod a přístupů. Některé z nich jsou kombinovatelné, jiné nikoliv. Odborníci kladou důraz na komplexní pojetí léčby závislosti. Základním principem při léčbě závislosti zůstává potřeba identifikace. Pro stanovení léčby závislosti je charakteristický multidisciplinární tým, který funguje na základě tolerance názorů a vzájemné spolupráce. (16)

1.2.3 Léčba závislosti na alkoholu

Léčení alkoholismu je založeno na psychoterapii, jejímž cílem je pacienta podrobně seznámit s problematikou alkoholismu a dovést ho k příslušnému náhledu a abstinenci. (22, s. 53)

Někteří odborníci v rámci léčby závislosti na alkoholu také spolupracují s tzv. dvanácti kroky. Teorie Dvanácti kroků by měla klientům pomoci v překonání závislosti na alkoholu.

Jedná se o tyto kroky:

- *Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné*
- *Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví*

- *Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme*
- *Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe*
- *Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb*
- *Byli jsme zcela povolni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady*
- *Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil*
- *Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit*
- *Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo*
- *Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali*
- *Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit*
- *Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevili snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech záležitostech* (1, s. 5-9)

Ve většině případů se jedná o skupinovou léčbu, které se účastní i rodinní příslušníci alkoholika a stejně tak i vyléčení pacienti. V rámci ústavní léčby je velmi důležitá terapie režimová a tělesná výchova. Z biologických postupů se do současnosti zachovala metoda podávání Antabusu. Antabus je látka, která v těle brání odbourávání alkoholu. To se projevuje nepříjemným napětím, zrudnutím a zvýšením krevního tlaku. Antabus je možno podávat 2x do týdne.

Ústavní léčba závislosti na alkoholu trvá zpravidla 3 měsíce, v případě soudního nařízení hovoříme o výrazně delším časovém rozsahu léčby. (22)

1.2.4 Léčba závislosti na nealkoholových drogách

Léčba drogové závislosti začíná detoxifikací, pokračuje režimovou léčbou a psychoterapií. Aby byla léčba efektivní, je zapotřebí doléčování. (17)

Detoxifikace jako taková není léčbou. Jedná se o vstupní proceduru v rámci léčby. Ti klienti, kteří absolvují pouze detoxifikaci nedosáhnou hlubšího terapeutického efektu. (11)

Jak ve své publikaci uvádí Nešpor, při detoxifikaci se léky podávat mohou, ale nemusí. (24)

Detoxifikační procesy se používají ke zmírnění akutních abstinenčních symptomů při zbavování se drogové závislosti. Detoxifikace je přípravnou etapou léčby zaměřené na abstinenci a představuje důležitý předpoklad pro další léčbu. (11, s. 43)

Účinnost detoxifikace se posuzuje podle:

- Přijatelnosti
- Dostupnosti
- Závažnosti příznaků
- Trvání
- Vedlejších účinků
- Úspěšnosti ukončení (11)

Terapie drogových závislostí je obtížná, dlouhodobá, výsledky nejsou příliš dobré. Je založena především na psychoterapeutickém působení, které probíhá v komunitách a na speciálních odděleních psychiatrických zařízení pod dohledem zkušených psychoterapeutů. (22, s. 56)

Uživatelé drog vstupují do léčebného programu se smíšenými problémy, ať už drogovými či jinými. Právě léčebné intervence by měly odpovídat individuálním

problémům klienta. Povaha klientových problémů přímo ovlivňuje způsob poskytování léčebné služby. (11)

1.2.5 Léčba závislosti patologického hráčství

Léčba patologického hráčství je charakteristická třemi fázemi.

- Fáze kritičnosti – realismus, poctivý přístup k léčbě, inventura financí
- Fáze znovuvytvoření – splátkový kalendář, nové zájmy, znovuzískání důvěry od přátel a od rodiny
- Fáze růstu – myšlenky na hru pomalu ustupují, nový způsob života (21)

V České republice probíhá léčba patologického hráčství prostřednictvím ambulantní či ústavní pomoci.

Odborníci se shodují, že důležitým faktorem pro efektivitu léčby u patologického hráčství je klientův náhled na patologičnost svého chování a spolupráce jeho partnerky.

Léčbu lze obecně rozdělit do čtyř fází – inventura, informace, iniciativa a idea. Jedná se o čtyři strategické terapeutické cíle.

Dále je potřeba, aby klient přerušil hraní, naučil se hospodařit se svými financemi a společně s terapeutickým týmem pracoval na prevenci relapsu. Neméně důležitým faktorem je také celková změna životního stylu. (16)

Léčba patologického hráčství v bodech:

- *Posouzení stavu, tělesné vyšetření*
- *Motivační trénink*
- *Udělat si pořádek ve financích*
- *Lépe si porozumět*
- *Kognitivně – behaviorální terapie*

- *Životní styl, každodenní aktivity, pracovní terapie*
- *Relaxace a jóga*
- *Techniky zvyšující sebevědomí*
- *Zvládání recidivy*
- *Sociální dovednosti*
- *Zvládání touhy po hře a zvládání krizí*
- *Lepší sebeuvědomování a zvládání negativních nebo nebezpečných emocí*
- *Averzivní podmiňování nebo podmiňovaní ve fantazii*
- *Nácvik chování*
- *Arteterapie*
- *Naprostá abstinence od všech forem hazardní hry*
- *Anonymní hráči*
- *Práce s rodinou*
- *Poskytování relevantních informací*
- *Tělesné cvičení nebo práce*
- *Léčba zneužívání alkoholu*
- *Pomoc při volbě vhodného zaměstnání*
- *Využívání některých léků*
- *Dlouhodobé doléčování*

(23, s- 99-101)

1.2.6 Léčba závislosti v PLČD:

Tento druh léčby je určen klientům, u kterých se vyskytuje vysoké riziko relapsu, a klienti sami jsou ohroženi rizikovým sociálním okolím a psychickými a somatickými potížemi.

Podmínkou poskytování ústavní léčby je vždy strukturovaný program pro pacienty a lékařské vedení. (8)

Dle zákona 1008/2006 Sb. o sociálních službách spadá Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PLČD) mezi subjekty poskytující sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

V takovýchto zařízeních je poskytována péče osobám, které ústavní zdravotní péči nevyžadují, nicméně nejsou schopny jednat bez pomoci jiné fyzické osoby. (37)

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr poskytuje střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologickém hráčství.

PLČD je organizována do 4 oddělení. Prvním je oddělení detoxu, tzv. přijímací oddělení. Ostatní tři oddělení jsou pak psychoterapeutická. (5)

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr poskytuje:

- *Střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách*
- *Dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství*
- *Detoxikaci a detoxifikaci*
- *Rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých výše zmíněných léčbách*
- *Krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu*
- *Krátkodobé motivační (tzv. opakovací) pobyty v rámci následné péče* (5)

Terapeutický tým PLČD během léčby závislosti směřuje k níže uvedeným cílům:

- Uvědomění a přiznání si plného rozsahu problémů, které vznikly v důsledku závislosti
- Důsledná a trvalá abstinence představuje jedinou možnou cestu, jak se vyléčit ze závislosti
- Zaujetí nekompromisního vztahu ke droze
- Vzdání se rizikových známostí a rizikového životního stylu
- Otevření se na skupinách – hovoření o problémech, pocitech
- Znovupřijetí zodpovědnosti za své chování a za svůj život
- Orientace na problémy vzniklé užíváním drogy
- Změna dosavadního systému hodnot
- Změna dosavadního sebepojetí (ideální stav: „já jsem OK, ty jsi OK“)
- Spolupodílet se na chodu komunity
- Najít si kvalitní a smysluplnou výplň volného času
- Představa budoucího života a kroků k němu vedoucích
- Znovunalezení místa v rodině a ve společnosti (10)

Terapie v PLČD je rozplánována do třech fází s konkrétními cíli.

- 1. fáze a její cíle:
  - stabilizace duševního a somatického stavu klienta
  - orientace na základní zdravotní důsledky abúzu NL
  - udržení důsledné abstinence
  - přijetí terapeutického programu
  - plné přijetí nevýhod současného stylu života
  - uvědomění si PROČ nebrat – nepít – nehrát
- 2. fáze a její cíle:

- po přechodu do druhé fázi by již mělo být klientům jasné PROČ říct NE drogám, alkoholu a hracím automatům
- ujasnění si na čem lze reálně postavit svůj život a své vztahy s okolím
- práce na zdravém sebehodnocení a sebepojetí
- soustředění se na vztahy s rodinou, přáteli, ale i s lidmi z komunity
- přijetí zodpovědnosti za své chování a život
- práce s potřebou „okamžitého uspokojení“ (učíme se ji odložit)
- nácvik bezpečného zvládání stresových situací
- orientace na problémy vzniklé z důvodu drogové kariéry
- orientace na možné rizikové faktory

- 3. fáze a její cíle:
  - stanovení jasných a reálných plánů do budoucna
  - zajištění bezpečného zázemí, následné péče (10)

Mezi psychoterapeutické prostředky, jež slouží k dosažení výše zmíněných cílů, patří:

- léčebné společenství – komunita
- ranní komunity
- hodnotící skupiny
- skupiny
- volné tribuny
- arteterapie
- individuální rozhovory
- práce s deníkem a elaboráty (10)

1.3 Jednotlivé druhy terapie

1.3.1 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný proces (jak psychického, tak i somatického rázu). (22, s. 106)

Psychologický slovník definuje psychoterapii jako léčení duševních chorob a hraničních stavů za pomoci psychologických prostředků, konkrétně slov, gest, mimiky, mlčení, případné úpravy prostředí. Jedná se o účinný nástroj psychické pomoci. Psychoterapie je prováděna odborníky – psychoterapeuty a to vždy plánovaně a promyšleně. (12)

Úlehla uvádí, že o formu pomoci prostřednictvím terapie se jedná v případě, kdy si klient přeje zbavit se svého problému či trápení, snížit pocit bolesti a zároveň cítí, že je to možné. Terapeut klientovi pomáhá formou společného vymýšlení, vytváření a sestavování nejvhodnějších postupů a cest k možnému vyřešení klientových problémů.

Terapeut staví na klientově kompetenci řešit problémy, na hloubce jeho zdrojů a dále na aktivním přístupu klienta. Klient je terapeutem podporován, a to zejména prostřednictvím oceňování, zplnomocňování a posilování autonomie v řešení daného problému.

Klient přichází za terapeutem se zakázkou: „pomoz mi ukončit mé trápení“. Terapeut klientovi pomáhá vyřešit problém cestou hledání nových možností, jak na danou situaci nahlížet. (35)

Je mnoho různých postupů, metod a psychoterapeutických směrů, ale všechny mají společný základní předpoklad: Pacient není sám, není bez pomoci, bez naděje, je možno mu porozumět, ovlivnit jeho problémy, zvýšit jeho schopnost vyrovnat se s nimi, zvládat je a celkově se lépe integrovat a adaptovat. (22, s. 106)

Poskytování psychoterapie patří mezi základní povinnosti psychologa vůči svým pacientům. Tým poskytující psychoterapii musí být seznámen s psychoterapeutickými přístupy stejně tak jako s formou, kterou je jednotlivým pacientům terapie poskytována. Účelem psychoterapie je dosažení pocitu psychické normality. Psychoterapie by měla být poskytnuta každému, kdo má pocit, že nežije dle svých pozitivních možností. V rámci psychoterapeutického působení pomáhá terapeut pacientovi k lepšímu poznání sebe sama tak, aby mohl tyto poznatky aplikovat v praxi, což při úspěšné léčbě povede k pocitu seberealizace.

Během poskytování psychoterapie nesmí terapeut opomenout fakt, že odlišné věkové kategorie potřebují specifický psychoterapeutický přístup. Některé psychoterapeutické přístupy a techniky pak odborníci volí dle dosažené úrovně emočního vývoje pacienta. Je zároveň běžné, že psychologové či terapeuti sami volí různé metody a techniky, tudíž každý z nich má individuální přístup. Tento výběr je označován jako terapeutický management. Užití psychoterapie není omezeno jen na léčebné účely, ale zaujímá velké místo i v prevenci.

Psychopatologie má být pro pacienta podpůrnou, má podporovat jeho vnitřní zdroje. Terapeut by se měl soustředit na to, aby nenarušil křehkou strukturu obranných mechanismů pacienta a zároveň by měl mít na zřeteli jeho emoční potřeby. (4)

Systemická psychoterapie je charakteristická tím, že terapeut pracuje s několika verzemi o původu problému a jeho možných řešeních. Terapeut by měl být schopen zaujmout ke všem těmto možnostem neutrální postoj. Mezi techniky používané systemickou psychoterapií patří dotazování se po zázraku, např.: „Jak byste poznal, že se váš problém zázrakem vyřešil?“ (2)

Kognitivně behaviorální psychoterapie vychází ze systematického přístupu. Jedná se o program postupných kroků, které jsou zaměřeny na odstranění příznaků problému a to bez jakékoliv hlubší analýzy minulosti. Kognitivně behaviorální terapie je také založena na schopnosti sociálního učení. (12) Tento druh terapie sehrává v případě léčby závislosti dominantní roli. Je založen na teorii učení. Cílem terapie je

změna konkrétního chování klienta, jež mu brání v běžném způsobu života. Vše probíhá na několika úrovních – fyziologické, psychologické, emocionální a motorické.(16)

S tématem psychoterapie úzce souvisí úloha smíchu v rámci poskytované péče. Dr. Richman uvádí, že v rámci psychoterapie, která byla poskytována pacientům ve vysokém věku, kterým byla diagnostikována deprese, se smích jako léčebná metoda osvědčil. Konkrétně napomáhá k:

- Posílení vztahu pacienta a lékaře
- Zvýšení motivace k plnohodnotnému životu
- Zvýšení soudržnosti a zlepšení vztahů pacienta a okolí
- Interaktivnosti
- Snižuje stres (25)

Základním stavebním kamenem úspěšné léčby závislosti je komplexní přístup k léčbě jako takové. K dispozici je celá škála prostředků, jak této komplexnosti dosáhnout. V praxi se tedy využívá individuální či skupinové terapie, komunitního systému, bodového systému a manželské či rodinné terapie. Velký důraz je dále kladen na tzv. doléčování, konkrétně na sociálně-terapeutické kluby. (38)

V PLČD je potřeba komplexnosti léčby zajištěna využíváním již zmiňované škály možných přístupů, metod, technik a forem psychoterapie. Terapeutický tým PLČD vychází z následujících předpokladů:

- „Jste lidé, kteří jsou schopni činit svá vlastní rozhodnutí.“
- „Dokážete přijmout zpět odpovědnost za své chování a vlastní život.“
- „Dokážete učinit změnu.“
- „Tkví ve vás potenciál, který směřuje k uzdravení se.“
- „Tento potenciál se uvolňuje ve spolupráci s druhými lidmi.“ (10)

1.3.2 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je realizována prostřednictvím uměle sestavené skupiny. Tato terapie je postavena na využití interakce mezi jednotlivými členy skupiny, stejně tak jako na využití vzájemných vztahů mezi členy skupiny a jejími terapeuty. Hlavní metody skupinové terapie jsou rozhovor, hraní rolí a psychodramatických scének či pohybové techniky.

Jednotlivé terapeutické skupiny rozlišujeme na otevřené a uzavřené. Otevřené skupiny nabízejí možnost neustálého přijímání pacientů v průběhu časového období, kdežto uzavřené skupiny jsou určeny konkrétním pacientům a vstup nových členů do těchto skupin je nemožný. (38)

Skupinová terapie rozlišuje tři přístupy:

- Orientace na jednotlivce
- Orientace na téma
- Orientace na interakce (20)

Skupinu obvykle tvoří 8 až 12 pacientů. Mezi hlavní výhody skupinové psychoterapie patří možnost pacienta uvědomit si skutečnost, že i ostatní lidé mohou mít a mají problém, že v tom není prakticky sám. Dále se díky vzájemné interakci pacient učí nahlížet na své problémy z jiné perspektivy, má šanci pocítit, že jeho problém není ojedinělý. V neposlední řadě velmi důležitou roli v tomto procesu hraje zpětná vazba v podobě reakcí ostatních pacientů i celého terapeutického týmu.

Dává každému jedinci možnost nabýt sociálně adaptivnějšího chování a jednání, učí snášenlivosti a zvyšuje schopnosti vidět situaci očima druhých, být aktivnější a úspěšnější v meziosobních vztazích. (22, s. 109)

Dalším přínosem skupinové terapie je emocionální podpora, pocit sounáležitosti a prevence osamělosti, odcizení či izolace. Mimo jiné i společné řešení problémů, nácvik sociálních rolí a posílení motivace ke změně životního stylu. (29)

Nešpor ve své publikaci hovoří také o práci s velkou skupinou. Na rozdíl od jiných terapeutů spatřuje v práci s velkou skupinou převážně výhody nežli nevýhody. Jako výhody uvádí širší spektrum podnětů ze strany ostatních pacientů, vyšší potřebu změny a podpůrného chování, větší znalost pacientů navzájem a tím posílení mezilidských vztahů, uplatnění posilujících vzorů chování abstinujících. **(26)** O terapii velkých skupin hovoříme v případě, že skupinu tvoří 20 a více osob. Terapie velkých skupin je někdy označována jako kolektivní. Nejvíce je užívána v rámci terapeutických skupin či pacientských klubů. (12)

Na druhou stranu autor této publikace upozorňuje i na negativa, která s sebou práce s velkou skupinou nese. K hlavním nedostatkům patří zejména omezený čas pro jednotlivé členy skupiny, snížená interaktivnost skupiny, obtížné zpracování problému do potřebné hloubky a atmosféra, jež není zcela intimní a důvěrná. (26) Běžná skupinová sezení při standardní velikosti skupiny probíhají v intimním prostředí, kde je klientům umožněno, aby se skupině plně otevřeli a řešili s jejími členy své vnitřní pocity a problémy.

Podoba skupin může být různá. Jedná se buď o skupiny zaměřené na dosavadní život pacienta (životopisné) či na určitý okruh a téma (tématické), nebo jde o skupiny volně interakční. Úlohou volně interakční skupiny je projekce aktuálních vztahů v komunitě a interakce mezi členy této komunity. (10)

Systematická skupinová terapie je charakterizovaná jako léčba prostřednictvím psychologických prostředků ve skupině osob. V rámci skupiny je poté využívána skupinová dynamika. Skupinovou dynamiku tvoří dění a interakce ve skupině. V léčbě závislosti je skupinová terapie velmi využívána. Důležitým aspektem je vhodné načasování aplikace skupinové psychoterapie.

Charakter uměle vytvořené skupiny osob k účelům psychoterapie může být homogenní, kde sdružující se osoby mající společný (homogenní) problém, stejně tak jako heterogenní, přičemž jednotliví členové skupiny vykazují různé obecné vlastnosti jako je pohlaví, věk, sociální status, atd. (16)

Skupinová sociální práce je založena na empirických zkušenostech s vývojem skupin zaměřených na cílovou činnost (předběžný společný zájem, formování, dělba moci a kontroly, tvorba úzkých vztahů, diferenciace, rozpad). Využívá se v ní také znalostí skupinového sociálního chování (vůdcovství, dělba funkcí a pravomocí, povaha cílů a jejich dosahování, dosahování konformity a zvládání kontroverzí, apod.). (30, s. 50-51)

Pozitivní efekt skupinové práce vzniká prostřednictvím zlepšení interpersonální komunikace, sociálních dovedností, vyjadřováním emocí. (6)

Členové týmu PLČD k problematice skupinové terapie sestavili vlastní plán témat pro tuto formu terapie a přesný harmonogram pro jejich přípravu. (10), (příloha č. 1) Tohoto úkolu se terapeuti PLČD zhostili z důvodu nepřehlednosti dosavadních podkladů pro vedení skupinové terapie jak pro samotné terapeuty, tak i pro klienty a pacienty PLČD. Cílem zavedení konkrétních témat a časového harmonogramu skupinových terapií je tedy zpřehlednění, systematizace a celkové zpřesnění tohoto léčebného procesu. Stanovením přesně daných témat se samozřejmě nevylučují témata navržená klienty PLČD či témata, která aktuálně souvisejí s léčbou závislosti. (10)

1.3.3 Rodinná terapie

Rodina představuje ohraničený prostor, jehož míra uzavřenosti a způsob, jímž se otvírá světu, se případ od případu liší a je pro každou rodinu charakteristická. (34, s. 57)

Rodinná terapie je definována jako terapeutická metoda, při které dochází k sezení terapeuta a rodiny klienta. Někteří autoři se přiklánějí k definici, že se jedná o teoretický přístup, jenž pacienta nechápe jako jednotlivce, ale jako vztahový rodinný systém. Důraz je kladen na to, že se jedná o specifickou formu terapie, bez ohledu na to, zda se sezení účastní celá pacientova rodina či pacient sám. (2)

Autoři publikace Rodinná terapie psychosociálních poruch uvádějí, že je vhodné, aby rodinná terapie byla prováděna ve dvojici terapeutů skládajících se z muže a ženy. Toto složení zajišťuje objektivní náhled na rodinnou situaci, který je

zprostředkován jak mužem, tak i ženou. Další výhoda spolupráce muže a ženy je spatřována ve faktu, že manželé/partneři budou mít „zastání“ stejného pohlaví**.** (34)

Terapeuti v zásadě používají tyto metody:

- Rozhovor
- Pozorování
- Terapeutické intervence
- Introspekce
- Reflexe pozorovaného (34)

Rodinná terapie je typická tím, že se do ní rodinní příslušníci zpočátku nechtějí zapojovat, proto se v souvislosti s rodinnou terapií hovoří často o „svádění k rodinné terapii“ či „spojování terapeuta s rodinou“. Výše zmíněného lze dosáhnout snahou terapeuta, který rodinné příslušníky za jejich aktivitu chválí a snaží se zachytit a používat „rodinný slang“.

Rodinná terapie se mimo jiné využívá zejména k nácviku rodičovských dovedností. Mezi tyto dovednosti patří znalost a posílení ochranných faktorů, zesílení vazeb dítěte na rodinu, zvýšená empatie ze strany rodičů či budování pozitivního modelu, kterým se budou rodiče snažit působit na dítě. Klíčovými aspekty poté je životní styl rodiny a celková motivace rodiny ke změně. (26) Posilování motivace je důležité zejména u rodinních příslušníků a dalších osob blízkých klientovi. (24)

1.3.4 Individuální terapie

Tato terapie je definována jako interakce mezi psychoterapeutem a jediným klientem. Cílem individuální psychoterapie je dle jejího zakladatele A. Adlera vytvoření únikového náhledu u nemocného, jež mu pomůže vidět problém z jiné perspektivy, zbavit se pocitu méněcennosti a vytvořit konstruktivnější plány do budoucího života. (12)

Podstatou individuální terapie je vzájemná interakce mezi terapeutem a pacientem, dochází tedy ke vzniku vztahu mezi terapeutem a pacientem. Charakter

vztahu pak určuje psychoterapeutický směr, kterým se léčba odvíjí a zároveň i cíle, kterých se pacient společně s psychoterapeutem snaží dosáhnout. (38)

Individuální terapie či rozhovory nejsou v případě PLČD prováděny systematicky a tudíž nemohou být jedinou aktivitou, na které je postavena léčba závislosti. Tím se nicméně nesnižuje jich úloha v rámci poskytované léčby závislosti. Terapeutický tým připouští, že individuální terapie může značně pomoci klientům při zvládání obtíží. Není ovšem přípustné, aby byla individuální terapie prováděna v rámci záležitostí, které lze řešit na volné tribuně či v rámci skupinové terapie. (10)

1.3.5 Psychoterapeutické metody

Mezi základní psychoterapeutické prostředky patří psychoterapeutický rozhovor, psychodrama, psychogymnastika, arteterapie a muzikoterapie. (19)

Psychoterapeutický rozhovor

Psychoterapeutický rozhovor terapeut užívá k tomu, aby klienta motivoval ke změně. Využívá při tom jak verbálních, tak i neverbálních prostředků. (19)

Psychodrama

Psychodrama je metoda sloužící k dosažení cílů v rámci psychoterapie. Kromě dosažení pacientova cíle, také dochází v rámci psychodramatu k celkovému uvolnění a relaxaci. Klientům jsou přiřazovány role, ve kterých jsou úspěšní, stejně tak jako role, ve kterých selhávají. Účel je osvojit si produktivní případně nekonfliktní jednání. (38) Pacient má za úkol přehrát scénky ze svého života, ze svých snů či fantazie. Ztvárnění hlavní role pomáhá pacientovi vypořádat se s vlastní minulostí a zároveň mu umožňuje připravit se na řešení úkolů v budoucnosti. Mimo jiné psychodrama umožňuje náhled na stávající situace a problémy z jiné perspektivy. (22)

Mezi užívané metody psychodramatu patří: sociální drama, psychodramatický šok či hraní rolí. Sociální drama slouží ke zjištění případných problémů ve vztazích (rodič – dítě, učitel – žák). Psychodramatický šok umožňuje klientovi náhled na určitou sociální situaci z odlišného úhlu pohledu. Hraní rolí se dotýká jak klientů,

tak i terapeutů a ostatních asistentů, kteří se podílejí na hraném dramatu pacientova života. (13)

Psychogymnastika

Psychogymnastika je neverbální metoda, která se užívá při skupinové nebo komunitní psychoterapii. Využívá se převážně neverbální komunikace – gesta, pohyby, mimika. Cílem je vyjádřit, jak se člověk cítí. Jedná se o ojedinělou možnost, kdy pacient může vyjádřit to, co cítí, aniž by pro daný stav musel hledat slovní výraz. Odborníci uvádí, že je vhodné, aby vždy po psychogymnastice následoval skupinový nebo individuální rozhovor. (38)

Psychogymnastika může být prováděna v rámci reálných a konkrétních situací (vztahy v komunitě) či může mít symbolický charakter (překonávání překážek – spojené židle, vyjádření emocí k zakázanému ovoci nebo neverbální sehrání života komunity na pustém ostrově). Jedná se techniku, kde je verbální komunikace nahrazena komunikací neverbální, tedy mimikou, gesty či pohybem. Touto zásadná změnou se zvyšuje aktivní zapojení pacienta a emocionální prožívání. (22) Po sehrání daných situací a scének, komunita o všem diskutuje a snaží se nalézt paralely z běžného života. Psychogymnastika vede k hlubšímu sebepoznání. (19)

Léčebná tělesná výchova

Léčba pomocí tělesné výchovy přispívá nejenom k celkovému zlepšení fyzické kondice, ale také k účelnému využití času při hospitalizaci. V rámci terapie je kladen důraz na kolektivní tělesnou výchovu, která vede k interakci a utužování vztahů mezi pacienty**.** (28)

Muzikoterapie

Odborníci rozdělují muzikoterapii na aktivní a receptivní. Prostřednictvím receptivní muzikoterapie je posilována zejména motivace klienta. Jako příklad uvádí Nešpor okamžik, kdy pacientům byla k poslechu puštěna skladba „svatební košile“. Jedná se o velmi dramatickou skladbu, kdy duch zemřelého tluče na dveře umrlčí komory, kam se zavřela jeho milá. Pacienti měli za úkol uvažovat o tom, zdali se jim

někdy stalo něco podobného a jak se při tom cítili. Dále měli za úkol uvažovat o způsobu, jak se v budoucnu takovýmto situacím vyhnout. Nejvyšší přínos má dle autora publikace hudba klasická a relaxační, a to zejména v kombinaci se cvičením. (26)

Muzikoterapie využívá hudby k diagnostickým a terapeutickým účelům. Účinky hudby dělíme na sedativní a stimulační. Hudbou můžeme ovlivňovat emoce a city. (38)

Kulturní a rekreační terapie

Do kulturních a relaxačních technik lze také zařadit muzikoterapii, biblioterapii, etnoterapii, arteterapii či psychogymnastiku. (28)

Kulturní a rekreační terapie patří mezi sociální rehabilitaci právě díky tomu, že zahrnuje prvky psychoterapie a rehabilitačních technik. (28)

Součástí této terapie jsou návštěvy kin, divadel, estrád, koncertů, výstav apod., které jsou mimo areál psychiatrického zařízení. Není třeba vylučovat letní tábory či zájezdy včetně kulturních památek a sportovních podniků. Důležitým předpokladem je však opatření v organizačním řádu zdravotnického zařízení, které takové akce povoluje. Pokud podmínky neumožňují uspořádání akcí mimo zařízení, je možné alespoň soubory pozvat, kino promítat, sledovat rozhlas a televizi, uspořádat vhodné sportovní soutěže apod. (28, s. 60)

1.3.6 Arteterapie

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, ne pouze výtvarně nadaným.

Tento druh činnosti získal název „arteterapie“ zejména proto, že se nejvíce rozvinul a rozvíjí v oblasti duševního zdraví a převážně v zařízeních pro duševně nemocné. (20, s. 14)

Arteterapie pomocí malby či modelování pomáhá vyjádřit psychický a osobní život. Jedná se o metodu, která pomáhá zejména v případě, kdy se pacient neumí jinými prostředky vyjádřit. (38)

Původním východiskem arteterapie je východisko psychoanalytické (kreativita jedince vychází z konfliktu jedince). (32) V současné době jsou rozlišovány dva základní proudy arteterapie. Prvním je terapie uměním, kde je kladen důraz na léčebný potenciál v rámci samotné umělecké činnosti. Druhým proudem se pak stala artpsychoterapie, ve kterém jsou dané výtvory dále zpracovávány. (3)

Interpretace v arteterapii probíhá v zásadě dvěma způsoby, zaprvé prostřednictvím terapeuta a za druhé prostřednictvím arteterapeutické skupiny. (20) Cílem arteterapie je odbourání nevhodných vzorců chování a jednání a následné utvoření vzorců nových. K realizaci výše zmíněného pomáhá uvědomění si dosud neznámých a nepřipouštěných psychických obsahů. Vedle toho je také důležité, aby si klient byl schopen vytvořit nový náhled na své dosavadní chování a životní styl. (10)

Arteterapeutické postupy jsou doporučeny pro osoby se závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách. V zásadě jsou doporučovány všechny arteterapeutické postupy pro tuto cílovou skupinu, a to především z důvodu osobního rozvoje a příčin, které vedly ke vzniku závislosti na návykových látkách.Arteterapie v léčbě závislostí má spíše dílčí význam. Nicméně díky arteterapii mohou klienti lépe poznat sami sebe. (10)

Dle terapeutického týmu v PLČD je arteterapie přínosná z toho důvodu, že oproti slovnímu projevu člověka není tolik eliminována obrannými mechanismy a rozumovou korekcí. (10)

Arteterapie v PLČD probíhá nedirektivní formou, kdy vzájemná spolupráce mezi terapeutem a klientem je založena na rovnocenném postavení partnerů. (10)

1.3.7 Pracovní terapie

Léčebná výchova k soběstačnosti:

Kromě základních úkonů soběstačnosti (výchova k samostatnému jídlu, hygieně, oblékání apod.), má LVS v psychiatrii své specifické zaměření, které by mělo směřovat k tomu, aby byl nemocný připraven na běžné úkony života po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení, např. na schopnost samostatného vedení domácnosti: úklid, vaření, nákupy, hospodaření s finančními prostředky, vyřizování na poště apod. (28, s. 45)

Pracovní terapie v PLČD je součástí komplexního terapeutického přístupu. Je velmi důležitá z hlediska struktury a režimu dne, ale také pro svou návaznost na další terapeutické aktivity.

Pracovní terapie v PLČD směřuje k naplnění těchto cílů:

- rehabilitace pracovních návyků
- vytváření struktury a režimu dne
- schopnost práce ve skupině (rovnocenná dělba práce, rozdělení pracovních pozic)
- návaznost na předchozí terapii v léčbě závislosti
- schopnost klienta nést odpovědnost za provedenou práci
- učení se sociálním dovednostem

Pracovní terapie je velmi důležitou, tudíž povinnou součástí terapie prováděné v PLČD. (10)

Léčbu prací či ergoterapii lze souhrnně označit jako profesi: Věnující se činnostem, jež považuje daná osoba za užitečné a smysluplné.

- Kde daná činnost je cílem i prostředkem terapie.
- Která využívá přístup orientovaný na klienta.

- Která se zaměřuje se na klientovo prostředí (14)

Podobně jako ostatní rehabilitační techniky má mít LP své pevné místo ve všech typech organizací psychiatrické péče. Patří k rozhodujícím rehabilitačním technikám při resocializaci nemocného. Výrazně umožňuje aktivizovat jeho pracovní schopnost.

Práce hraje rozhodující roli v životě jednotlivce a společnosti. Proto, pochopitelně ve specificky upravené formě, má své výrazné místo v komplexu psychiatrické léčby.

(28, s. 46)

Pracovní terapie v PLČD je rozdělena do následujících pěti pracovních úseků:

- Práce v dílnách
- Práce v parku
- Práce v zahradnictví
- Úklid léčebny
- Pomocné práce v prádelně a žehlírně (10)

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní cíl:

Vydefinování specifik léčby u alkoholiků, gamblerů a uživatelů nealkoholových drog z pohledu terapeutů

Dílčí cíle:

1. cíl : Rozsah využití arteterapie u jednotlivých druhů závislostí.

2.cíl: Rozsah využití pracovní terapie u jednotlivých druhů závislostí.

3.cíl: Rozsah a využití skupinové psychoterapie u jednotlivých druhů závislostí.

4.cíl: Rozsah a využití individuální psychoterapie u jednotlivých druhů závislostí.

Výzkumné otázky:

1.výzkumná otázka: V čem cílová skupina spatřuje hlavní význam realizované terapie?

2.výzkumná otázka: Jaké jsou největší klady prováděné terapie?

3.výzkumná otázka: Jaké jsou největší zápory prováděné terapie?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Vzhledem k cílové skupině (klienti a terapeuti PLČD) jsem k realizaci výzkumu zvolila kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum zkoumá dané jevy a problematiku v přirozeném prostředí. Jeho cílem je získat celistvý obraz o těchto jevech. V rámci kvalitativního výzkumu je využíváno mnoho přístupů a metod, které vedou k získání hlubších informací o zkoumaném jevu. (30)

Výsledkem kvalitativního výzkumu je stanovení hypotéz a popis dané problematiky. Je důležité zmínit, že získaná data nelze generalizovat. (17)

Data potřebná k výzkumu jsem získala metodou dotazování se prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, uplatňujícího otevřené a polouzavřené otázky.

Polostrukturovaný rozhovor patří mezi druhy hloubkového rozhovoru a vychází z předem připravených otázek a témat. (33)

Tuto techniku jsem zvolila z toho důvodu, aby měli jednotliví účastníci výzkumu dostatečný prostor pro vyjádření svého názoru.

Otázky byly zaměřeny na charakteristiku, rozsah, přínos a nedostatky jednotlivých terapií.

Základní výzkumný soubor tvořili klienti a terapeuti z PLČD. Respondenti byli vybíráni na základě kvótního výběru, kdy předním kritériem výběru byl druh závislosti. Terapeuti z PLČD byli taktéž vybíráni na základě kvótního výběru a hlavním kritériem výběru bylo v tomto případě jejich profesní zaměření.

Výzkumný soubor byl následovně rozdělen do čtyř souborů:

Soubor „A“ složen z alkoholiků (A1 – A4)

Soubor „B“ skupina toxikomanů (B1 – B4)

Soubor „C“ tvoří gambleři (C1 – C4)

Soubor „D“ je zastoupen terapeuty PLČD (D1 – D4)

Celkem bylo osloveno šestnáct respondentů, z toho dvanáct klientů PLČD (čtyři alkoholici, čtyři toxikomani, čtyři gambleři). Dále jsem spolupracovala se čtyřmi zaměstnanci PLČD těchto profesních zaměření (managmant, arteterapeut, psychoterapeut, pracovní terapeut). Výsledky z takto strukturovaného souboru byly mezi sebou vzájemně porovnány.

Před začátkem výzkumu jsem zúčastněné respondenty informovala o tom, že získaná data budou použita pouze pro účel mé bakalářské práce a také o tom, že jejich anonymita je zaručena.

Jednotlivé rozhovory proběhly v období od listopadu 2011 do března 2012. Rozhovory probíhaly v prostorách PLČD. Vždy ve společenských místnostech daného oddělení. Díky vstřícnosti a ochotě personálu jsem s respondentem byla vždy o samotě. Rozhovory s terapeuty pak probíhaly v jejich kancelářích.

Během jednotlivých rozhovorů jsem nepoužívala odborné výrazy, mluvila jsem pro dotazované respondenty srozumitelně, bez používání cizích výrazů a otázky byly směrovány tak, aby byla vyloučena jejich jiná interpretace.

V průběhu rozhovoru jsem používala předem připravené otázky, které jsem respondentům pokládala dle předem stanoveného schématu.

Dle potřeby jsem pokládala také otázky doplňující, které byly potřebné k ujasnění informací pro mou bakalářskou práci.

Při realizaci rozhovoru jsem si zapisovala poznámky do předem připraveného záznamového archu. Rozhovory trvaly v průměru 30 minut, nejdelší z nich trval 50 minut. Považuji za důležité zmínit, že literatura, které by se výlučně věnovala specifikům léčby u alkoholiků, gamblerů a osob závislých na nealkoholových drogách není dostupná. Proto v rámci diskuze nemám s čím konfrontovat výsledky svého výzkumu.

4 VÝSLEDKY

V následující části své bakalářské práce uvádím informace, které jsem získala prostřednictvím kvalitativního výzkumu, realizovaného formou dotazování se, užitou metodou polostrukturovaného rozhovoru.

4.1 Okruh arteterapie

1) V čem cílová skupina spatřuje hlavní význam arteterapie?

Respondenti A1, A2, A3 a A4 se shodují v tom, že arteterapie je pro ně velmi přínosná. Hlavní přínos spatřují ve vlastním sebepoznání, sebereflexi, reflexi od skupiny, ale i od terapeuta.

A1: *„Interpretace v arteterapii vám objasní a připomene události, které si nechcete pamatovat nebo které podle vás nejsou důležité…“ „Díky skupinové arteterapii pak zjistíte, že důležité jsou.“*

Účastníci výzkumu B1 a B3 vnímají arteterapii jako přínosnou. Zatímco zbylí respondenti z řad toxikomanů B2 a B4 ji neshledávají jako přínosnou. Vadí jim přítomnost ostatních členů skupiny a to, že s nimi musí řešit své osobní problémy.

B2: *„Jasně, že má skupinová arteterapie mínus. Sedíš tam ve více lidech a ne všichni jsou tvoji kamarádi a třeba se jim nechceš svěřovat, ale musíš.“*

Respondenti závislí na patologickém hráčství vnímají arteterapii rozporuplně.

Respondenti C2 a C3 vnímají arteterapii jako smysluplnou. Zbylí dva respondenti nikoliv. Ti pokládají arteterapii za zbytečnou, protože zde postrádají náhled na jejich životní situaci a zpětnou vazbu od arteterapeuta. Mají pocit, že se jim terapeut dostatečně nevěnuje, a když ano, tak je pouze kritizuje.

C3: *„Díky arteterapii se mi prohlubuje fantazie, dokážu už svoje prožitky hodit na papír. Třeba téma otcův svět se mě hodně dotklo.“*

C4: *Mám z terapeuta nervy. Nebaví mě to a mám z něj nervy. Chodím tam nerad.“*

D2 (arteterapeut): *„Hlavní přínos arteterapie spatřuji v tom, že rychleji otevírá základní emoční příčiny, které vedly k závislosti. To, co trvá v psychoterapii kupříkladu rok, trvá na arteterapii měsíc. Velmi důležité je ovšem vzájemné propojení těchto dvou léčebných terapií“*.

Respondent D2 (arteterapeut) se také vyjádřil k tvorbě, specifické pro jednotlivé cílové skupiny: *„Za léta své praxe jsem zjistil, že alkoholici jsou velmi pracovití (i v rámci arteterapie), kdy mi do detailu vykreslí poslední stromeček.*

Toxikomani jsou charakterističtí svou expresivitou a netrpělivostí. Několikrát se mi stalo, že mi na obrázek nakreslili dvě čáry a bylo hotovo.

Patologické hráče si netroufnu generalizovat. Je to také tím, že v léčbě se s nimi setkávám daleko méně než s alkoholiky a toxikomany“.

Pro vyšší přehlednost získaných dat a údajů uvádím zjištěná data v níže uvedené tabulce.

2) Jaké jsou největší klady v arteterapii?

Tabulka č. 1 – klady arteterapie

Uvedené klady	Výzkumný soubor			
	A	B	C	D2
přítomnost stážistů	NE	NE	ANO	ANO
seberealizace	ANO	NE	ANO	ANO
pozitivní atmosféra	ANO	NE	NE	ANO
skupinová dynamika	ANO	ANO	ANO	ANO
otevření se skupině	ANO	ANO	ANO	ANO
stmelování kolektivu	ANO	NE	ANO	ANO
nová zkušenost	NE	NE	ANO	ANO
prohloubení fantazie	NE	ANO	NE	ANO
relaxace	ANO	ANO	ANO	ANO
sebereflexe	ANO	ANO	ANO	ANO
příčiny vzniku závislosti	ANO	ANO	NE	ANO
odhalení slabých/silných stránek	ANO	NE	NE	ANO

Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky je zřejmý rozpor mezi tvrzeními A, B x C, D2 ohledně přítomnosti stážistů na artetereapii. Zatímco výzkumné soubory A,B nespatřují přítomnost stážistů při arteterapii jako přínos, tak soubory C a D2 ji za přínos považují. Dále se zde vyskytuje rozpor mezi tvrzeními souvisejícími s přínosem seberealizace a stmelování kolektivu. Výzkumný soubor B nevnímá seberealizaci a stmelování kolektivu jako přínos artetrapie, zatímco zbylé výzkumné soubory s tímto

tvrzením nesouhlasí a seberealizaci a stmelování kolektivu jako přínos arteterapie vnímají. Realizováním výzkumu se prokázal další rozpor mezi dotazovanými respondenty A, D2 oproti B, C a to ohledně pozitivní atmosféry, která dle názoru A, D2 na arteterepii panuje. S tím však nesouhlasí B, C. respondenti D2, C dále jako přínos uvádějí to, že se jedná o novou zkušenost, to je v rozporu s tvrzením A, B. Rozpor mezi jednotlivými tvrzeními se také prokázal ohledně názorů na prohlubování fantazie pomocí arteterapie. Respondenti ze souborů B, D2 se domnívají, že díky arteterapii dochází k prohlubování jejich fantazie, to je v rozporu s tvrzeními výzkumných souborů A, C. Arteterapie pomáhá k odhalení příčin závilsosti dle tvrzení výzkumných souborů A, B a D2, to je v rozporu s tvrzením výzkumného souboru C, který to nepovažuje, jako přínos. Dalším bodem, ve které se názory respondentů rozlišují, jsou v „odhalení slabých/silných stránek“. Respodenti A a D2 zastávají názor, že arteterapie k výše zmíněnému napomáhá, zatímco výzkumné soubory B, C s tím nesouhlasí.

Všechny zúčastněné výzkumné soubory, tzn. A, B, C, D2 se shodují v tom, arteterapie je přínosná ve skupinové dynamice, otevření se skupině, relaxaci a sebereflexi.

A3: *„Arteterapie mi vždy pomohla. Terapeut při intervenci zjistil, jaké mám problémy a na co přesně se mám soustředit. Tenkrát jsem tu byla s manželem a vlastně nám řekl, že mezi námi visí nějaký problém. Šlo o to, že já jsem chtěla druhé dítě“*.

C1*: „Jakmile jsou arteterapii stážisté, je to takové oživení a hlavně se nám věnují... Věnují se mi, ukáží mi jednotlivé detaily, který bych měl prostě nějak vylepšit. Arteterapeut tam přijde vždy jednou za půl hodiny a všechno zkritizuje a odejde.“*

C2: *„Arteterapie je pro mě něco úplně nového a zároveň zajímavého. Celkově tady poznávám věci, o kterých jsem neměl ani tušení, že existujou. Posledních 18 let jsem prohýřil svou závislostí a přišel jsem o tyhle příjemný věci, který jsem mohl dělat a nedělal jsem je… A arteterapie respektive malování je jednou z nich“*

D2 (arteterapeut): *„Výhodu spatřuji v tom, že mám v rukou artefakt a ten je skutečný a něco o klientech vypovídá, tudíž jedná se o důkaz, který není možné „okecat“. Mimoto jednotlivé obrázky zpracované klientem jsou opatřeny datem, tudíž*

klienti vidí chronologicky veškerou svoji práci, což jim dodává také sebevědomí a zlepšení sebepojetí a sebehodnocení.“

Pro vyšší přehlednost získaných dat a údajů uvádím zjištěná data v níže uvedené tabulce.

3) Jaké jsou největší zápory arteterapie?

Tabulka č. 2 – zápory arteterapie

Uvedené zápory	**Výzkumný soubor**			
	A	B	C	D2
arteterapeut	NE	NE	ANO	nelze hodnotit
pevně stanovená témata	ANO	ANO	ANO	NE
nervozita	ANO	NE	ANO	NE
není přínosná	NE	ANO	ANO	NE
krátká doba na zpracování daného tématu	NE	ANO	ANO	NE
chybí atraktivita	NE	ANO	ANO	NE
povinné vystižení reality	NE	NE	ANO	NE
malé zapojení fantazie	NE	NE	ANO	NE
velká kritika	NE	AN	NE	NE

Zdroj: vlastní výzkum

Z realizovaného výzkumu vyplývá, že výzkumný soubor C vnímá jako zápor artetereapie samotného arteterapeuta, to je v rozporu s tvrzením souboru A, B. Vzhledem k povaze dané otázky nelze hodnotit tvrzerí respondenta D2 – arteterapeut.

Dalším záporem jsou dle respondentů A, B, C pevně stanovená témata v arteterapii, to je v rozporu s názorem respondenta D2 (arteterapeut). Mezi další tvrzení, která jsou v rozporu patří nervozita. Respondenti ze skupiny A,C ji

při arteterapii cítí, zatímco respondenti ze skupiny B, D2 nikoliv. Ze získaných dat, lze dále vyčíst to, že respondenti ze skupiny B,C se shodují, že mezi zápory arteterapie patří nízká atraktivita, přínosnost terapie a krátká doba na zpracování tématu. S tím nesouhlasí respondenti ze souborů A a D2.

Respondenti ze souboru C považují za zápor také to, že se musí při tvorbě držet reality a nemohou projevit dostatečnou fantazii, ostatní respondenti tomuto tvrzení odporují. Respondenti ze souboru C jako jediní spatřují zápor také v kritice, s tímto tvrzením se neshoduje žádný další z respondentů.

A3: *„Je mi blbý, že neumím malovat a ten druhý to umí. Možná kdybych se snažil vyjádřit něco svého, tak by to mělo větší psychologický efekt.“*

B4: *„Já jsem měl interpretaci a úplně jsem nesouhlasil s tím, co mi arteterapeut řekl. Řekl mi, že mám problémy s lidmi, ale to si fakt nemyslím…“*

D2 (arteterapeut): *„Jako nevýhodu spatřuji to, že provádím arteterapii s celými dvěma odděleními, tedy cca 60 klienty. Klienti se velmi často mění (odcházejí a přicházejí noví), tudíž si musím vést velmi podrobnou dokumentaci u každého z nich, abych něco důležitého neopomněl. Obecně však lze také říci, že většina klientů ze začátku arteterapie užívá obranné mechanismy. Obranné mechanismy používají k tomu, aby zakryli svůj strach, agresi či touhu po manipulaci. K obranným mechanismům využívají nerespektování či porušování daných pravidel. Příkladem může být zpracování KTC, kdy klient namísto barevných kroužků kreslí čtverečky. Ovšem z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že nejhorší spolupráce je s výtvarníkem.“*

4.2 Okruh pracovní terapie

1) V čem cílová skupina spatřuje hlavní význam pracovní terapie?

Všichni dotazovaní respondenti souboru A se shodli na tvrzení, že pracovní terapie je smysluplná a zároveň přínosná. Respondent A3 uvádí, že pracovní terapie je přínosná především pro toxikomany, kteří neznají žádné pracovní návyky. Účastníci výzkumu A2, A3 a A4 se shodli na tom, že přínosné je i to, že pracovní skupina je složena z klientů všech oddělení PLČD, tedy je zde zastoupeno obojí pohlaví.

A1: *„Mě baví veškerá práce (zahrada, park, vrátnice, prádelna, úklid na baráku). Poté co jsem absolvovala detox, jsem se cítila po dlouhé době opravdu šťastná.“*

A3: *„Každý hydrant se schovává za práci.“*

Tři ze čtyř dotazovaných respondentů ze souboru B vnímají pracovní terapii převážně kladně. Tento fakt vychází z toho, že tam výše zmínění respondenti dochází rádi. Líbí se jim, že provádějí nějakou aktivitu a také díky práci nemusí myslet na své problémy. Výzkumný soubor B se opět shoduje na tom, že jim vyhovuje složení pracovní skupiny z klientů všech oddělení PLČD, to znamená, jak již bylo výše zmíněno, vyskytují se zde zástupci obou pohlaví. Respondent B2 nevidí v pracovní terapii žádný význam, nejradši by zkrátil dobu jejího trvání či ji zcela vyřadil z režimu léčebny.

B1: *„Pracovka je dobrá, ta mě baví. Nevadí mi žádná práce, ale nejlepší je asi zahrada a park. Pracuješ hezky venku a s lidma z jiných oddělení, se kterýma normálně nemůžeš moc kecat.“*

B2: *„Pracovky jsou moc dlouhý na mě. Zkrátil bych je, kdyby to šlo. Tak na hodinu denně. No při nejlepším bych je úplně zrušil.“*

Všichni účastníci výzkumu ze souboru C uvedli, že na pracovní terapii dochází rádi. Dle respondentů C1, C2 a C4 tkví význam pracovní terapie v tom, že se učí pracovním návykům, pracují ve smíšené skupině (i s účastníky opačného pohlaví). Ovšem všichni respondenti z výzkumného souboru C se shodují na tvrzení, že „gró“ pracovní terapie je založeno na pravidelnosti a režimu, který s pracovní terapií souvisí. Respondenti C2, C3 také oceňují to, že díky aktivitě v rámci pracovní terapie dochází k uvolnění a načerpání pozitivní energie.

C4: *„Já pracuji jako obkladač, takže manuální práce mi vůbec nevadí. Detox pro mě byl utrpením, byl jsem tam úplně nešťastnej, nic jsem nesměl. Už kvůli pracovce jsem se těšil na oddělení.“*

Respondent D4 pro úplnost uvádí následující: *„Metody a způsoby léčby z pohledu pracovní terapie jsou trochu komplikované. A to z důvodu, že v posledních letech se z řad závislých, kteří se léčí v PLČD vytrácejí řemeslníci (zedníci, dělníci, truhláři), tím pádem se dost zužují možnosti pracovního zařazení klientů v rámci pracovní terapie.“*

D4: *„Smyslem pracovní terapie je mimo jiné i to, že se klienti musí naučit dělat i to, co je nebaví.“*

2) Jaké jsou největší klady v pracovní terapii?

Tabulka č. 3 - klady pracovní terapie

Uvedené klady	**Výzkumný soubor**			
	A	B	C	D4
smíšený kolektiv	ANO	ANO	ANO	ANO
aktivita	NE	ANO	ANO	ANO
odvedená práce	NE	NE	ANO	ANO
odreagování se	NE	ANO	ANO	ANO
dobrý pocit z odvedené práce	ANO	NE	ANO	ANO
lecco se dá obejít	NE	ANO	ANO	NE
nemyslí na své problémy	NE	ANO	NE	ANO
režim	ANO	NE	NE	ANO
smysluplná práce	ANO	NE	ANO	ANO
motivace k budoucímu povolání	ANO	NE	NE	ANO

Zdroj: vlastní výzkum

V prvním tvrzení, které je uváděno jako klad, se shodují všechny čtyři zkoumané soubory. Jedná se o přínos pracovní terapie, který je spatřován ve smíšeném kolektivu. Další rozpor je patrný v tvrzeních o aktivitě a odreagování se. Dotazovaní respondenti ze souboru B, C a D4 spatřují uvedené hodnoty jako přínos, což je v rozporu s názorem výzkumného souboru B. Dále se výzkumné soubory C a D4 domnívají, že přínosem pracovní terapie je odvedená práce, to je v rozporu s názorem výzkumných souborů A a B. Další rozpor je spatřován mezi výzkumným souborem B a respondenty

z výzkumných souborů A, C a D4. Účastníci výzkumu ze souboru A, C a D4 se domnívají, že pracovní terapie je založena na smysluplné práci a vždy odcházejí z pracovní terapie s dobrým pocitem z odvedené práce, toto tvrzení je v rozporu s tvrzením výzkumného souboru B.

Výzkumný soubor B a C se také shodují v tom, že ve v PT se dá lecco snadno obejít. To je v opozici s tvrzením výzkumného souboru A, D4. Soubory respondentů A, D4 také uvádí jako klad PT režim a motivaci k budoucímu povolání, to je v rozporu s názorem respondentů ze souboru B, C. Zkoumané soubory B, C se také domnívají, že výhodou PT je, že se dá snadno obejít, to je v rozporu s názorem respondentů ze souboru A a D4.

Jako poslední klad respondenti uvádí to, že při PT nemyslí na své problémy. Jako klad to spatřuje soubor respondentů B a D4, zbylé soubory A a C se tímto tvrzením neztotožňují.

B3: *„Pracovka mě baví. Já chodím do zahrady a baví mě to. Hlavně proto, že je to práce venku a s přírodou. Ta práce mě hodně baví, takže jsem si nikdy neřekl, že tu okopávám záhony kvůli tomu, že jsem feťák. A klidně bych chodil na pracovky častěji.“*

A4: *„Pracovky je mě baví. Potřebuju nějakou aktivitu, prostě něco dělat. Jasně, někdy to není úplně smysluplná práce, jako třeba hrabání listí ve větru. Ale pracovní terapie je potřeba, takže nad tím nepřemýšlím a prostě to jdu udělat. V rámci pracovky rád chodím do dílny a do kotelny. Práci v kotelně většinou dělám navíc i jako brigádu.“*

C1: *„Pracovky jsou OK. Odreaguješ se, zabiješ tu spoustu čau a hlavně z toho máš dobrej pocit, víš. A taky je to jedna z mála věcí tady, která se dá docela snadno obejít.“*

D4 (ergoterapeut): *„Mezi klady pracovní terapie řadím: odreagování se od psychoterapie, „vyvětrání si hlavy“ od problémů, odpočinutí si od problémů, dokončení práce, smysluplná práce, smysl pro povinnost a řád.“*

3) Jaké jsou největší zápory pracovní terapie?

Tabulka č. 4 - zápory pracovní terapie

Uvedené zápory	**Výzkumný soubor**			
	A	B	C	D4
uměla vytvořená místa	NE	ANO	ANO	NE
nošení pracovní uniformy	NE	ANO	NE	NE
uměle vytvořený kolektiv	NE	ANO	NE	NE
práce venku, když není hezky	NE	ANO	ANO	NE
orientace pouze na manuální práci	ANO	NE	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Zkoumané soubory respondentů B, D4 se shodují ve dvou záporech PT oproti souborům A, C. Respondenti ze souboru B, D4 se domnívají, že záporem PT jsou uměle vytvořená místa a práce venku, když není hezky, toto tvrzení je v rozporu s tvrzením souboru respondentů A, D4. Respondenti ze souboru B považují za zápor PT také to, že musí nosit pracovní uniformu a umělé vytvoření kolektivu, tento názor je v rozporu s názorem respondentů A, C a D4. soubor respondentů A se domnívá, že záporem PT je také to, že pozornost je orientována výlučně na manuální práci. To je v rozporu s názorem respondentů ze souborů B, C a D4.

A1: *„Je ošklivo a musíme jít pracovat ven. Představte si, že poprchává a fouká vítr a musíte hrabat listí, které se za chvilku beztak rozfouká. To nemá smysl podle mě.“*

B2: *„Musím nosit uniformu. Vadí mi, že nevím, kdo ji přede mnou nosil. A taky v tej uniformě vypadám jako debil.“*

C3: *„Občas mi přijde, že jde o uměle vytvořený místa. Vím, že se nás snaží připravit na normální práci, ale vem si takovou vrátnici. Služba tam trvá osm hodin a projde tudy jen několik málo lidí.“*

D4 (ergoterapeut): *„Mezi zápory řadím celkové hodnocení práce skupiny, ne hodnocení individuální. Zde je problém, že někteří klienti se schovají za práci jiných. Dále se mi nelíbí, že nemáme možnost využívat nějaké samostatné terapeutické činnosti. Jinými slovy práce v parku, na zahradě, v dílně i v prostorách léčebny je hodně, ale jedná se o práce nárazové a krátkodobé, tudíž zde chybí cílený výsledek za prací.“*

4.3 Okruh skupinová psychoterapie

1) V čem cílová skupina spatřuje hlavní význam skupinové psychoterapie?

Dotazovaní respondenti ze souboru A spatřují význam skupinové psychoterapie v možnosti svěření se ostatním členům skupiny se svými problémy, dále ve skupinové dynamice a také v tom, že díky skupinové psychoterapii jsou otevřenější nejen k ostatním členům skupiny, ale také sami k sobě.

A3: *„Skupinová terapie slouží k tomu, že neustále dochází k sebepoznání. Člověk chtě nechtě přemýšlí nad tím, co udělal špatně či co mohl udělat líp. Taky mě to dost motivuje ke změně.“*

Všichni účastníci výzkumu ze souboru B se shodují na tom, že významnou součástí skupinové psychoterapie je řešení problémů „face to face“ a poté okamžitá reakce skupiny na dané téma. B3 považuje za důležité i to, že v rámci skupinové psychoterapie se využívá tak zvaný přístup „víc hlav, víc ví“.

B2: *„Důležitý je se dotknout problému a pak se otevře každej.“*

Respondenti, kteří patří do souboru C, vidí hlavní význam skupinové psychoterapie v tom, že se člověk otevře ostatním a také se naučí mluvit před více lidmi. Výzkumní účastnici C2 a C3 se také domnívají, že skupinová psychoterapie je velmi důležitá kvůli stmelování kolektivu.

C2: *„Máme dobrou skupinu a dokážu se před těma lidma otevřít. Skupina mi dává mnohem víc než komunita nebo volná tribuna.“*

D1 (mamagmant): „Smyslem skupinové psychoterapie je okamžitá reakce skupiny na dané téma a jeho perspektivní řešení. Jsme tvorové společenští, nejvíce nás utváří a ovlivňuje naše okolí“

D3 (psychoterapeut): „V rámci psychoterapie (skupinové psychoterapie) se řeší konkrétní problémy klientů. Obecně lze říci, že se skupinová psychoterapie používá k diferenciaci pacientů. Toto odlišení ovšem nevychází pouze z druhu nadužívané látky, ale také z jiných vlastností daného klienta. Diferenciace klientů probíhá zejména v rámci skupiny a volné tribuny. Na volné tribuně je jedním z důležitých momentů tzv. „přestup do 2. fáze“.

Úkoly, které jsou klientům zadávány lze rozdělit dle jednotlivých druhů závislosti. Alkoholikům se většinou zadává úkol „zrcadlo“ a „jak bude vypadat vaše doléčování“. Gamblerům je často zadáván úkol „kontakt a kontrakt“. Tento úkol si klade za cíl, aby klient opět navázal či upevnil kontakt s rodinou. Kontraktem se pak rozumí uzavření dohody mezi klientem a rodinou o tom, kdo bude hospodařit s penězi, o tom, že klient u sebe nesmí nosit vyšší obnos peněz či, že bude preventivně užívat Antabus (v případě, že „spouštěčem“ je alkohol). Toxikomanům je často zadáván úkol „cesta ke králi“. „Gró“ tohoto úkolu je komunikace a vytrvalost.

Osobně si myslím, že specifika jednotlivých druhů závislosti jsou důležitější v rámci doléčování, nežli v léčbě. K doléčování potřebuje každý závislý jiný strategický postup. U alkoholiků je doporučováno udržovat „suchou domácnost“. U toxikomanů je důležité, aby nekontaktovali staré známé, vyhnuli se rizikovému prostředí a také, aby jim kupříkladu byla kontrolována moč. U gamblerů se klade důraz na finance. Neměli by mít přístup k účtu. Doléčovaní je v rámci udržení abstinence velmi důležité.“

2**) Jaké jsou největší klady v skupinové psychoterapii?**

Tabulka č.5 - klady skupinové psychoterapie

Uvedené klady	**Výzkumný soubor**				
	A	B	C	D1	D3
sebereflexe	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
reflexe od ostatních členů skupiny	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
reflexe od psychoterapeuta	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
naučíte se vyjadřovat před ostatními	NE	NE	ANO	ANO	ANO
otevření se před ostatními členy skupiny/terapeutem	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
řešení situací „face to face“	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
jednotlivé příběhy	NE	ANO	NE	ANO	ANO
pocit opory	ANO	NE	ANO	ANO	ANO
intimní atmosféra	ANO	NE	NE	ANO	ANO
motivace k léčbě	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti ze zkoumaných souborů A, B, C , D1 a D4 se shodují v následujících tvrzeních, které se týkají kladů skupinové terapie – sebereflexe, reflexe od psychoterapeuta a reflexe od ostatních členů skupiny, otevření se před ostatními členy skupiny a psychoterapeutem a také motivace k léčbě. Výzkumné soubory C, D1 a

D3 také vnímají jako klad skupinové psychoterapie to, že se klienti naučí vyjadřovat se před ostatními, to je v rozporu s tvrzením respondentů ze souborů A a B. Všechny soubory respondentů vyjma souboru A vnímají jako klad skupinové terapie také to, že se vše řeší na úrovní „face to face“. Respondenti ze zkoumaných souborů B, D1 a D3 řadí mezi klady skupinové psychoterapie také jednotlivé příběhy, které jsou klienty na skupinových psychoterapiích svěřovány. S tímto tvrzením se neztotožňují výzkumné soubory A a C. Všechny zkoumané soubory kromě souboru B vnímají jako klad skupinové psychoterapie také pocit opory. Zkoumané soubory A, D1 a D4 uvádí jako klad skupinové psychoterapie také vytvoření intimní atmosféry, to je v rozporu s tvrzením respondentů ze souborů B a C.

A1: *„Na tý skupinový terapii se to všechno dopodrobna probere. Je to taková domácká a intimnější atmosféra“.*

B2: *„Každej feťák má podobný příběhy a je dobrý je poslouchat a něco si z toho odnést.“*

C2: *„Skupiny jsou dělaný hodně dobře. Oproti tomu, když jsem tu bylo poprvý, je to hodně vylepšený. Skupiny jsou dvakrát do týdne a jsou delší. Líbí se mi to takhle.“*

D3 (psychoterapeut): *„Jako přínosy skupinové psychoterapie spatřuji to, že si klienty uvědomí normalitu abstinence, naučí se psychicky odmítnout alkohol, přemýšlí (v lepším případě se rozhodnou pro) doléčování, dochází ke změně hodnotové orientace. Rád bych sem i zařadil sjezd abstinentů, který se koná 1 x za 2 roky (dříve 1 x za rok). Zde se scházejí bývalí klienti PLČD, kteří úspěšně abstinují, na sjezd dojíždí společně s jejich rodinami, tudíž dochází k obrovské výměně zkušeností. Dále jako velký přínos spatřuji nově zavedené večerní skupiny. Osobně si myslím, že jsou přínosnější než skupiny odpolední, protože večer jsou klienti plni dojmů z celého dne a také jsou více soustředění než odpoledne.“*

3) Jaké jsou největší zápory v skupinové psychoterapii?

Tabulka č. 6 - zápory skupinové psychoterapie

Uvedené zápory	**Výzkumný soubor**				
	A	B	C	D1	D3
názory mladších členů skupiny	NE	NE	ANO	NE	NE
názory odlišných typů závislých	NE	ANO	NE	NE	NE
členové skupiny, kteří neposlouchají	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
chybí náhled příslušníků opačného pohlaví	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
zveličování problémů	NE	ANO	NE	NE	NE
důvěra ve skupinu	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
témata, která se klientů přímo nedotýkají	NE	ANO	NE	NE	NE

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor B spatřuje jako zápor skupinové psychoterapie témata, která se ho přímo nedotýkají, názory od odlišných typů závislých a zveličování problémů, s těmito tvrzeními se neztotožňují výzkumné soubory A, C, D1 ani D3. Soubor respondentů C jako jediný spatřuje zápor skupinové psychoterapie v tom, když má přijmout názor mladšího člena skupiny, toto je v rozporu s názorem ostatních respondentů, tedy A, B, D1 a D3. Všechny zkoumané soubory vyjma souboru A se také shodují na tom, že záporem jsou členové skupiny, kteří neposlouchají. K zajímavému rozporu mezi jednotlivými zkoumanými respondenty došlo při stanovení záporu „chybí

náhled příslušníky opačného pohlaví“, s tímto tvrzením souhlasí respondenti A, B, C a D3. Naopak respondent D1 s tímto tvrzením nesouhlasí. Posledním uvedeným záporem je dle všech zúčastněných respondentů vyjma zkoumaného souboru C chybějící důvěra v ostatní členy skupiny.

A1: *„Je hodně nepříjemný, když někdo dělá ksichty, zatímco vy se snažíte něco sdělit skupině.“*

A2: *„Stačí jeden člověk, který narušuje potřebnou atmosféru důvěry, a už se neotevřete a celá skupinová psychoterapie je v háji.“*

A3: *„U nás ve skupině je sestra, jejíž účast se mi zdá zbytečná. Myslím si, že to není nutný, aby tam s náma byla.“*

B1: *„Já nemám problémy jako ostatní. Já na rozdíl od nich vím, co jsem udělala špatně, ale už to nechci řešit. Nechci už to probírat a oni mě na skupině pořád nutí o tom mluvit.“*

B2: *„Nebaví mě, když se na skupinové terapii řeší věci ohledně soudu a práce. Tyhle věci by se měli řešit se sociálkou a ne tahat na skupinovou terapii. Jen tím zabírají čas a mě nudí.“*

C2: *„Já sám radši dávám reflexe ostatním. Nerad se ve skupině svěřuju. Nejsem svěřovací typ. Věci si radši řeším sám se sebou. A když jde to tuhého, tak pak v rámci individuálu. Chybí mi ve skupině holky, chybí mi ženský náhled na věc. Konkrétně nejvíc v otázce vztahů.“*

D3: (psychoterapeut) *„Nedostatek skupinové terapie spatřuji v tom, že skupiny nejsou smíšené (muži a ženy). Existuje spousta otázek a problémů, kde je potřeba náhledu, buďto mužského, nebo ženského. Před vystavěním pavilonu A (ženské oddělení) byli skupiny smíšené a myslím si, že to bylo přínosnější.“*

4.4 Okruh individuální terapie

1) V čem cílová skupina spatřuje hlavní význam individuální psychoterapie?

Dotazovaní respondenti A1, A2 a A4 shledávají individuální terapii důležitou, protože se na ní dokážou opravdu otevřít a svěřit se i s velmi intimními tématy. Poslední z dotazovaných respondentů A3 preferuje skupinovou psychoterapii.

A2: *„Jsem ráda, že existuje možnost individuální terapie. Nechci říkat všechno na skupině.“*

Všichni účastníci výzkumu ze souboru B se shodují na tom, že individuální psychoterapie je přínosná díky tomu, že mezi čtyřma očima se problém vyřeší do hloubky a nehrozí, že někdo intimní informace neudrží v tajnosti.

B1: *„Individuální psychoterapie je dobrá. Je lepší než skupinová, otevřeš tam všechny témata, nemusíš se stydět ani bát, že někdo něco vykecá.“*

Respondent C3 má zkušenost s individuální psychoterapií již z předchozí léčby a shledává ji za významnou a potřebnou.

C1: *„Je dobrý, že se v individuální terapii terapeut snáz dotkne tvého problému, pak se snadněji otevřeš terapeutovi, sobě, ale postupem času i ostatním.“*

D1 (managmant): *„Individuální psychoterapie by měla sloužit opravdu pouze na nutné případy. Pacienti mají tendenci mizet a schovávat se za individuální psychoterapie, ale není to dobře. Rozhodně by neměla suplovat psychoterapii skupinovou.*

Klient, který chce postoupit individuální psychoterapii, o ni musí veřejně zažádat na komunitě a sdělit zbytku komunity o čem se bude na individuální psychoterapii jednat. Po absolvování individuální psychoterapie je povinen komunitu ve zkratce informovat o tom, jak individuální psychoterapie probíhala. V malých komunitách jsou individuální psychoterapie či konzultace přísně zakázány.

Při svolení či nesvolení individuální psychoterapie je kladen velký důraz na terapeuta a jeho úsudek, zdali je „individuál“ opravdu nutný. Na druhou stranu stále platí princip „vyvažování vah“, tudíž je v PLČD stále možnost o individuální psychoterapii zažádat.

Do budoucna jsem uvažoval o možnosti zavést individuální terapii pouze pro 1. fázi léčby. Po přestupu do 2. fáze bych individuální terapii již zamítl. Myslím si, že klienti, kteří postoupili do 2. fáze, by už neměli mít důvod k žádosti o individuální psychoterapii. Samozřejmě připouštím možnost výjimky a prolomení daného pravidla.“

D3 (psychoterapeut): *„Individuální psychoterapie nemůže být systematicky zařazena do režimu léčebny. Jedním z principů léčby je řešení problémů na úrovni skupiny, tudíž zařazení individuální psychoterapie do režimu by tomu odporovalo“*

2) Jaké jsou největší klady v individuální psychoterapii?

Tabulka č. 7 - klady individuální psychoterapie

Uvedené klady	Výzkumný soubor				
	A	B	C	D1	D3
intimní témata	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
lepší než skupina	ANO	ANO	ANO	NE	NE
pozitivní zkušenost z jiné léčby	ANO	ANO	ANO	NE	NE
rozhoduje sám za sebe	ANO	ANO	ANO	NE	NE
lépe se otevře	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
brání pomluvám	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
lepší důvěra	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Zdroj: vlastní výzkum

Všechny soubory respondentů (A,B,C,D1 a D3) se shodli a následujících kladech individuální psychoterapie – intimní atmosféra, brání pomluvím a lepší důvěra. Skupina respondentů A, B a C se domnívají, že mezi klady individuální psychoterapie také patří to, že je lepší než skupinová psychoterapie, mají s ní výlučně dobré zkušenosti a také se domnívají, že díky individuální psychoterapii se klient rozhoduje sám za sebe. S těmito stanovisky nesouhlasí respondent D1, ani D3. Posledním uvedeným kladem je dle respondentů A, B, C a D3 to, že se klient na individuální psychoterapii otevře lépe než na psychoterapii skupinové, toto je v rozporu s názorem respondenta D1.

C4: *„Bylo by dobrý mít povinnou individuální psychoterapii. Spousta lidí tu má problém mluvit před ostatníma, takže si myslím, že kdyby mohli chodit pravidelně na individuál, tak se podle mě rozmluví a bude to dobrý.“*

3) Jaké jsou největší zápory v individuální psychoterapii?

Tabulka č. 8 zápory individuální psychoterapie

Uvedené zápory	**Výzkumný soubor**				
	A	B	C	D1	D3
není povinnou součástí režimu léčby	ANO	ANO	ANO	NE	NE
chybí náhled skupiny	NE	ANO	NE	ANO	ANO

Zdroj: vlastní výzkum

Mezi zápory individuální psychoterapie patří dle zkoumaných respondentů A,B a C to, že není povinnou součástí řádu léčebny, to je v rozporu s názorem respondentů D1 a D3. Jako poslední zápor individuální psychoterapie dotazovaní respondenti uvádějí to, že zde chybí náhled skupiny. S tímto tvrzením se ztotožňují dotazovaní respondenti ze souboru B, D1 a D3. Naopak s tím nesouhlasí výzkumné soubory A a C.

B2: *„U individuálu mi vadí, že tam je s tebou jen jeden člověk, radši mám skupinou psychoterapii a víc názorů od ostatních“*

C2: *„Nechci, aby u toho, když mluvím o intimních tématech, byli další lidi. Snáz se otevře terapeutce než skupině. Individuál jsem měl už celkem dvakrát a jsem hodně spokojenej. Teď na individuálu budu otevírat hodně intimní téma, jde o vztah, co jsem začal tady v léčebně. Tu holku mám hodně rád, proto to chci nejdřív řešit na individuálu a až pak na skupině.“*

5 DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce je vydefinovat specifika léčby u alkoholiků, gamblerů a osob závislých na nealkoholových drogách. Dílčí cíle jsou zaměřeny na porovnání rozsahu využití a potřebnosti jednotlivých terapeutických přístupů dle druhu závislosti.

Ke zjištění specifik léčby u jednotlivých druhů závislosti byl použit kvalitativní výzkum, konkrétně metoda polostukturovaného rozhovoru. Výzkum proběhl v PLČD.

Výzkumný soubor tvořilo šestnáct respondentů, z toho dvanáct klientů PLČD a čtyři zaměstnanci, terapeuti dané léčebny.). Výsledky z takto strukturovaného souboru byly mezi sebou vzájemně porovnány. Považuji za důležité zmínit, že literatura, které by se výlučně věnovala specifikům léčby u alkoholiků, gamblerů a osob závislých na nealkoholových drogách není dostupná. Proto v rámci diskuze nemám s čím konfrontovat výsledky svého výzkumu.

Klienti PLČD byli rozděleni do třech souborů dle druhu závislosti. První sledovanou oblastí byla arteterapie, jakožto jedna z metod, používaná v rámci léčby závislosti. (23) Tato metoda je tedy využívána i v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Respondent D2 (arteterapeut) uvádí, že při poskytování arteterapie neodlišuje jednotlivé druhy závislosti. V tomto se na základě získaných dat shoduji s Nešporem, který při léčbě závislosti také nerozlišuje jednotlivé druhy závislosti. (26) Respondent D2 (arteterapeut) dále uvádí, že chápe závislost jako jeden fenomén.

Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, byli dotazováni na přínos arteterapie z jejich osobního hlediska. Soubor A spatřuje hlavní význam v seberealizaci, sebereflexi, skupinové dynamice a odhalení (potvrzení) příčin abúzu alkoholu. Je zajímavé, že soubor B se shoduje se souborem A ve dvou ze třech uvedených tvrzeních. Jediný rozdíl je spatřován v přínosu prohloubení fantazie. Soubor respondentů B zmiňuje prohlubování fantazie jako přínos, soubor A nikoliv. Respondenti z řad patologických hráčů považují za přínosy arteterapie stejné hodnoty jako skupina alkoholiků. Tento praktickým dotazováním získaný fakt, že soubory respondentů A, B

i C uznávají v podstatě stejný přínos arteterapie, potvrzuje i literatura, v přínosu seberealizaci a sebereflexe, která byla v teoretické části této práce zmíněna. (10)

Zatímco v možnostech kladného přínosu arteterapie se většina dotazovaných respondentů shodla, v záporech nikoliv. Soubory A, B i C uvádějí jako zápornou charakteristiku arteterapie to, že jsou zde pevně stanovená témata. Respondenti se domnívají, že pokud by mohli malovat svá vlastní témata, arteterapie by je více bavila a byla pro ně přínosnější.

Toto tvrzení je v rozporu s názorem respondenta D2, který s tímto názorem nesouhlasí a uvádí důvod. Témata, podle jeho názoru i zkušenosti, musí být pevně stanovená, což je důležité nejen v souvislosti s interpretací konkrétního faktu, ale také v souvislosti s celkovou interpretací klienta, s čímž nesouhlasí respondenti ze vzorku A,B a C, kteří by uvítali vlastní témata z důvodu kreativity, uvolnění fantazie a vyhnutí se realitě.

První interpretace, kterou klient absolvuje, hodně vypovídá o jeho současném stavu. Druhá interpretace je zaměřena na příčiny závislosti a poslední, třetí interpretace se věnuje možnostem a rizikům klienta. Jinými slovy lze říci, že arteterapie jako taková slouží k vyjádření psychického a duševního života jedince, a to pomocí malování či modelování. (38) S výše zmíněným se shoduje i respondent D2 (arteteraeut), který tvrdí, že pacienti často nechápou arteterapii jako diagnostikou metodu, ale spíše a omezeně jako metodu terapeutickou. I z tohoto důvodu dochází podle mého názoru k nepochopení či mylné interpretaci pacientů k arteterapii.

Skupina respondentů A v arteterapii spatřuje nedostatek v již zmíněném pravidlu pevně stanovených témat a poté i svou vlastní nervozitu. Při rozhovorech se klienti svěřovali s tím, že jsou nervózní z faktu, že neumí malovat, zatímco ostatním členům arteterapeutické skupiny se to daří. Respondenti ze souboru B spatřují v arteterapii spíše zápory, nežli klady. Konkrétně jim vadí kritika ze strany terapeuta a členů skupiny zejména, jedná-li se o členy s jinou závislostí.

Jak jsem již výše zmínila, zkoumané soubory B a C spatřují v arteterapii spíše záporný přínos. Z tohoto usuzuji, že arteterapie zastupuje v žebříčku užitečnosti

jednotlivých metod v rámci léčby závislostí, poslední příčku. Mé stanovisko v tomto ohledu koresponduje také s metodologickou příručkou PLČD, kde je uvedeno, že arteterapie má v léčbě závislosti pouze dílčí význam. (10)

Z výše zmíněného vyvozuji hypotézu: H1: Toxikomani a gambleři oproti alkoholikům vnímají arteterapii jako méně přínosný terapeutický přístup.

Druhým zkoumaným terapeutickým přístupem je pracovní terapie. Zařazení pracovní terapie či ergoterapie do léčby závislosti vyplývá z důvodu potřeby režimu a disciplíny při léčbě závislosti. (23)

Respondent D3 (psychoterapeut) k tomuto tématu zastává názor, že k úspěšné léčbě jsou potřeba dva následující aspekty. Psychoterapie a režim. Tento respondent se domnívá, že udržení abstinence není otázkou vůle, ale režimu. V tomto bodě se shoduje s Nešporem, který v jedné ze svých publikací přirovnává závislost k jízdě na kole. K jízdě na kole je potřeba pravidelného režimu a vytrvalosti. Tvrdí, že dokud člověk šlape do pedálů (soustavné doléčování, pravidelné navštěvování skupinových sezení abstinujících) je udržení závislosti „pod kontrolou“ poměrně snadné, jakmile šlapat přestane, udržení rovnováhy se stává obtížnějším. (25)

S tématem pracovní terapie úzce souvisí hodnocení klienta. Bodový systém je velmi důležitou součástí léčby závislosti, protože vede klienta k udržování pravidelného režimu a respektování daných norem. (23) K bodovému systému vyjadřuje svůj názor respondent D4 (ergoterapeut). Vzhledem ke svému profesnímu zaměření je povinen hodnotit dokončenou práci. Dle jeho slov problém tkví v tom, že musí hodnotit práci celé skupiny, nikoliv jednotlivce. Právě zde hrozí riziko, že se někteří z účastníků pracovní terapie schovají za práci jiného, pracovitějšího či schopnějšího člena pracovní skupiny. Při realizování výzkumu, na tento problém také reagovali respondenti ze souboru A i C. Respondent A4 uvedl, že pracovní terapie je věnována zejména toxikomanům, kteří si musí osvojit pracovní návyky a režim. Své stanovisko zdůvodňuje tím, že většina toxikomanů nikdy nepracovala, do léčby povětšinou přišli rovnou z ulice. Druhý respondent C4 v průběhu rozhovoru narazil na již výše zmíněný problém. Sám se setkal s tím, kdy se toxikomani schovávali za práci někoho jiného.

S tímto stanoviskem se ztotožňuje i respondent D4, který tvrdí, že práce s toxikomany je opravdu nejnamáhavější. Své tvrzení zdůvodňuje jednak věkem toxikomanů a také tím, že nemají žádné pracovní návyky a ani zkušenosti. S názorem respondenta D4 se ztotožňuje ve své publikaci i autorka Malá, která práci s toxikomany obecně považuje za velmi namáhavou. (22) To souhlasí s výše uvedenými výsledky výzkumného souboru D4.

Jak uvádí respondent D4, k ergoterapii mimo jiné řadíme i volnočasové aktivity či terénní terapie. Radimský ve své publikaci tento výčet aktivit, spadajících do pracovní terapie, dále rozšiřuje o léčebnou výchovu k soběstačnosti. (28) I na tuto potřebu dle respondenta D4 reaguje režimový řád PLČD, kdy klienti mají povinnost udržovat čistotu. V případě porušení tohoto požadavku jsou hodnoceni zápornými body.

Převážná většina dotazovaných respondentů hodnotí PT kladně. Hlavní význam pracovní terapie vedle nácviku pracovních dovedností a režimu, spatřují respondenti ze všech souborů A, B i C v tom, že spolupracují ve smíšených pracovních skupinách, tzn. s příslušníky opačného pohlaví. Jak uvádí respondent D4, pracovní terapie je jediným terapeutickým prostředkem poskytovaným v PLČD, při kterém spolupracují smíšené skupiny. V ostatních poskytovaných terapeutických prostředcích se jedná výlučně o skupiny, kde jsou zastoupeni pouze příslušnici jednoho pohlaví. Osobně se domnívám, že práce ve smíšených pracovních skupinách je velmi prospěšná, neboť existuje řada témat a problémů, které společně jednotliví účastníci terapie řeší, na které je potřeba náhledu zástupců obou pohlaví.

Soubor respondentů A si na pracovní terapii cení daného režimu, smysluplné práce a motivaci k budoucímu povolání. (důsledek pracovní terapie). Naopak respondenti výzkumného souboru B a C tyto hodnoty nevnímají jako hodnoty kladné. Výše uvedené patří dle metodologické příručky PLČD mezi cíle pracovní terapie. (10)

Na základě těchto informací vyvozuji hypotézu: H2: Pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu jsou v pracovní terapii aktivnější oproti uživatelům nealkoholových drog.

Na tuto informaci reaguje respondent D4, který zastává názor, že nejlepší spolupráce v rámci pracovní terapie je právě s alkoholiky. Oproti toxikomanům mají určité pracovní návyky a dovednosti a jsou pokorní. Soubor respondentů B a C kladně hodnotí to, že se při pracovní terapii odreagují a nemusí přemýšlet nad svými problémy. Dále kladně hodnotí to, že se leccos v pracovní terapii dá obejít. Tato informace navazuje na výše zmíněné tvrzení respondenta D4. Zkoumané soubory A, B i C spatřují největší nedostatek pracovní terapie v tom, že se většinou jedná o uměle vytvořená pracovní místa. Na tento výrok reaguje respondent D4, který se domnívá, že práce pro klientelu PLČD není uměle vytvářena.

Z výše zmíněného lze usuzovat, že negativním vlivem pro ergoterapii je uměle vytvářená pracovní činnost, kterou pacienti vnímají jako nemotivující.

Nicméně respondent D4 (ergoterapeut) dodává, že problém je v tom, že současná klientela přichází do PLČD bez jakéhokoliv vyučení či pracovních dovedností, tím pádem ze začátku klienti vykonávají práce snazšího charakteru jako je hrabání listí či odklízení sněhu. K této situaci se ve své publikaci vyjadřuje také Úlehla, který tvrdí, že velmi důležitá je komunikace a důvěra mezi terapeuty a klienty. Právě v takovýchto případech je pak komunikace nedílnou součástí prevence nejasností a problémů mezi terapeuty a klientelou. (35)

Dalším zkoumaným okruhem byla skupinová psychoterapie. Andrlová ve své publikaci uvádí, že mezi nejčastější psychoterapeutické prostředky, které jsou využívány v léčbě závislosti, patří systemická a kognitivně behaviorální psychoterapie. (2) Dle vyjádření respondenta D3 (psychoterapeut) tomu tak skutečně je. Malá uvádí, že významným faktorem psychoterapie (skupinové i individuální) je vyjádření opory, empatie a nabídnutí pomoci klientovi. (22) Soubor respondentů A a C chápe jako hlavní přínos skupinové psychoterapie právě pocit opory a pomoci ze strany terapeuta, ale i skupiny. Potřebu opory a pomoci potvrzují i respondenti D1 (managmant) a D3 (psychoterapeut). S výše zmíněným se ztotožňuje i Rotgers. (29)

Na základě výše zmíněných dat vyvozuji hypotézu: H3: Alkoholici a gambleři spatřují větší význam skupinové psychoterapie v poskytnutí opory a pomoci oproti uživatelům nealkoholových drog.

Jako další přínosy skupinové psychoterapie považují soubory A, B i C sebereflexi, reflexi od skupiny a terapeuta a motivaci k léčbě. Respondent D3 vidí přínos skupinové psychoterapie v tom, že se klienti PLČD naučí chápat abstinenci jako normální jev a naučí se, jak odmítat nabízené návykové látky. Kromě toho, je také důležité, soustředit se na budoucnost. Zejména zde je uplatňován princip kognitivně behaviorální psychoterapie. (12) Respondent D1 uvádí, že skupinová psychoterapie je nejpřínosnější a nejefektivnější formou terapie. Význam skupinové psychoterapie nespatřuje pouze ve skupinové dynamice, ale také v nácviku řešení konfliktních situací bez užití návykové látky. V tomto se shoduje s Nešporem, který ve své publikace uvádí, že 1. stádium závislosti je charakteristické tím, že se návykovou látkou odstraňuje úzkost nebo se jejím prostřednictvím vyvolává pocit štěstí. (23)

Jako nedostatky skupinové psychoterapie spatřuje respondent D3 absenci přítomnosti příslušníků druhého pohlaví. S tímto stanoviskem se shodují i respondenti ze souborů A, B, C. Naopak s tímto faktem zásadně nesouhlasí respondent D1, který se obává, že promícháním psychoterapeutických skupin by došlo ke zvýšení počtu partnerských vztahů v léčebně. Zajímavý nedostatek skupinové terapie uvádí respondenti souboru B. Tvrdí, že jejich problémy jsou psychoterapeuty zbytečně zveličovány a dramatizovány. Další dva soubory A a C se s tímto stanoviskem neztotožňují. Tuto domněnku potvrzuje také respondent D3, který uvádí, že v rámci psychoterapie nejhůře zvládají kritiku a rady od ostatních právě toxikomani. Naopak, podle tohoto respondenta, jsou nejpokornějšími alkoholici. Nicméně respondent D3 zdůrazňuje, že dané chování není pouze záležitostí zneužívané látky, ale mnoha dalších faktorů jako je věk, pohlaví, vzdělání, ekonomická situace a podobně. S tímto se své publikaci shoduje i Beer, který klade důraz na neustálý a individuální přístup ke každému klientovi.(4) Respondent D3 v rámci výzkumu také otevřel téma psychodramatu a psychogymnastiky. Tyto dva aspekty považuje za velmi důležité. Prostřednictvím jejich aplikace se v rámci skupinové terapie snaží pomoci klientům,

kteří jsou méně otevření vůči ostatním. Shodně vnímá využití psychodramatu a psychogymnastiky i Zvolský. (38)

Dalším zkoumaným tématem je individuální terapie, která není povinnou součástí režimu léčebny. V případě potřeby je však klientům k dispozici. Respondent D1 však uvádí, že by neměla být využívána na úkor psychoterapie skupinové. Osoby závislé na návykových látkách se za skupinovou psychoterapii rády schovávají. S tímto se ztotožňuje i Rotgers, kterému v individuální psychoterapii chybí pocit sounáležitosti a nácvik sociálních rolí. (29) Zařazení individuální psychoterapie do režimu léčebny by bylo v rozporu s metodickou příručkou PLČD, ve které se uvádí, že léčba probíhá na úrovni skupiny. (10)

Při realizaci výzkumu ohledně individuální psychoterapie nastala zvláštní situace. Všechny dotazované skupiny A, B i C se shodly na stejných kladech individuální psychoterapie. Jako klad vnímají zejména vyšší důvěru a otevřenost, než ve skupině, možnost otevřít intimní témata, prevenci pomluv a také pozitivní zkušenost z předchozí léčby. Toto tvrzení je v rozporu s názorem výzkumného souboru D1 a D3 a také s Nešporem, který považuje skupinovou psychoterapii za mnohem přínosnější. (29) Podle odborné literatury je nevýhodou individuální psychoterapie absence náhledu skupiny. S touto tezí souhlasí nejenom respondenti D1, D4, ale i Nešpor. (29)

Z tohoto stanovuji hypotézu: H4 :Osoby v léčbě závislostí chtějí zvýšit podíl individuální terapie před skupinovou oproti terapeutickému týmu.

Jako zápory individuální psychoterapie spatřují výzkumné soubory A, B a C to, že individuální psychoterapie není povinnou součástí režimu léčebny. Proti tomu se ostře hradí dotazovaní respondenti D1 a D4.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká jsou specifika léčby u alkoholiků, gamblerů a uživatelů nealkoholových drog v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Dílčím cílem bylo zjištění rozsahu a potřebnosti jednotlivých terapeutických přístupů. Konkrétně se jednalo o arteterapii, pracovní terapii, skupinovou a individuální psychoterapii.

Ve výzkumné části práce jsem prostřednictvím kvalitativního výzkumu, metody polostrukturovaného rozhovoru zmapovala názory klientů a terapeutů z PLČD vzhledem k jednotlivým terapeutickým přístupům. Výzkumný soubor klientů byl rozdělen dle druhu závislosti, výzkumný soubor terapeutů dle profesního zaměření.

Bylo zjištěno, že se v léčbě závislosti nevyskytují žádné kardinální rozdíly mezi jednotlivými druhy závislostí.

Diference, které z výzkumu vyplynuly, lze charakterizovat jako dílčí. Tyto rozdíly dle mého názoru nevyplývají pouze z druhu zneužívané látky, ale jsou ovlivněny mnoha faktory.

Mezi tyto faktory patří věk, pohlaví, vzdělání, drogová (alkoholová) kariéra, rodinné zázemí, ekonomická situace, sociální a komunikační dovednosti, pracovní návyky a v neposlední řadě i to, o kolikátou léčbu se v případě jednotlivce jedná.

Při zpracování dat, které jsem získala při realizování výzkumu, jsem došla k následujícím hypotézám.

H1: Toxikomani a gambleři oproti alkoholikům vnímají arteterapii jako méně přínosný terapeutický přístup.

H2: Pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu jsou v pracovní terapii aktivnější oproti uživatelům nealkoholových drog.

H3: Alkoholici a gambleři spatřují větší význam skupinové psychoterapie v poskytnutí opory a pomoci oproti uživatelům nealkoholových drog.

H4: Osoby v léčbě závislostí chtějí zvýšit podíl individuální terapie před skupinovou oproti terapeutickému týmu.

Domnívám se, že má bakalářská práce může posloužit jako zdroj informací pro širokou i odbornou veřejnost. Také může posloužit jako zdroj pro koordinaci a další publikační a vědeckou činnost.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1 ALCOHOLICS ANONYMUS, *Twelve steps and twelve traditions.* Publisher: New York : Alcoholics Anonymous World Services, ©1981. ISBN 978-0-916856-01 4.

2 ANDRLOVÁ, Michaela. *Současné směry v české psychoterapii.* Praha: Triton, 2005. ISBN: 80-7254-603-1.

3 *Arteterapie* [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie&lang=0

4 BEER, M. D. PEREIRA, S. M. PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii.* Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7 : 490.00.

5 *Červený Dvůr*: *Tradice a kvalita v léčbě závislostí* [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://cervenydvur.cz/?page_id=3

6 *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí.* 1. vyd. v českém jazyce. Praha : Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze : Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010 48 s ISBN 9788025468074.

7 *Drogy-info.cz* [online]. 23.4.2003 [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/l/leceni_lecba_treatment

8 *Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách.* [online]. 23.4.2003 [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/u/ustavni_lecba_institutional_care_bed_care

9 *Drogy-info.cz*: *informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.4.2003 [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/strukturovany_program

10 DVOŘÁČEK, Jiří. Metodická příručka Psychiatrická léčebna Červený dvůr

11 GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog* : *důkazy o účinnosti*. 1.vydání. Praha : Úřad vlády ČR, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.

12 HARTL, Pavel. - HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* Pavel Hartl, Helena Hartlová. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 807178303X.

13 HICKSON, Andy. *Dramatické a akční hry ve výchově, sociální práci a klinické praxi* [z amerického originálu přeložil Milan Koldinský]. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. 168s. ISBN 80-7178-387-0.

14 JELÍNKOVÁ, Jana. - KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. - ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie.* Vyd. 1. Praha : Portál, 2009 270 s ISBN 9788073675837.

15 KALINA, Kamil , et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vydání. Úřad vlády České republiky : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-06.

16 KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. 2. vydání. Úřad vlády České republiky : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-06.

17 KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

18 KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci.* vyd. 2. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích - Zdravotně sociální fakulta, 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.

19 KRATOCHVÍL, Stanislav. *Příběhy terapeutických skupin.* , Praha: Triton, 2007. ISBN: 978-80-7254-934-4.

20 LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*[z amerického originálu *Art Therapy of Groups* přeložila Johana Elisová],. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s.280. ISBN 80-7178-864-3.

21 *Magdaléna, o.p.s.*: *prevence a léčba drogových závislostí* [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=7M

22 MALÁ, Eva. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN: 80-7178-700-0.

23 MARHOUNOVÁ, Jana. NEŠPOR, Karel. *Alkoholici, feťáci a gambleři.* 1.vydání. Praha: Empatie, 1995, s.112. ISBN 80-901618-9-8.

24 NEŠPOR, K. - CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

25 NEŠPOR, Karel. *Léčivá moc smíchu*. 2. vydání. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, spol. s.r.o., 2004. 144 s. ISBN 80-7021-714-6.

26 NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

27 *Prev-Centrum o.s.*[online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://prevcentrum.cz/Ambulantni-lecba/Slovnicek-pojmu

28 RADIMSKÝ, Marek a kol., *Psychiatrie II*. 2. přepracované vydání. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně – Vinařská 6, 656 02 Brno, 2001, 217 s. ISBN 80-7031-350-3.

29 ROTGERS, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9 : 195.00.

30 ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce.* 1.vydání. Praha: Slon, 1994. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.

31 SHULMAN, Lawrence. *Interanation social work practise*, F.E. Peacock Publisher, 1991. ISBN: 0—87581-3550.

32 ŠICKOVÁ - FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 2. vydání. Praha : Portál, 2008. 167 s. ISBN 80-7178-616-0.

33 ŠVAŘÍČEK, Roman. - ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Roman Švaříček, Klára Šeďová a kol. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 9788073673130.

34 TRAPKOVÁ, Ludmila. CHVÁLA Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch.* 1.vydání. Praha: Portál, 2004, s.224. ISBN 80-7178-889-9.

35 ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*, 2.vydání. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. ISBN: 80-86429-36-9.

36 WHO LIBRARY CATALOGUING IN PUBLICATION DATA. *Lexicon of alkohol and drugs terms.* © World Hesly Organization 1994. ISBN 924 1544686.

37 *Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb*., [online]. [cit. 2009-10-04]. Dostupné na: <http://www.alte.cz/zakony/page 0048.html>

38 ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. 192 s. ISBN 8071846813.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Léčba

Psychiatrická léčebna Červený dvůr

Specifika léčby

Terapeutické přístupy

Závislost

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Témata skupin a jejich načasování .

V současné podobě jsou úkoly a cíle skupinové psychoterapie pro pacienta i terapeuta málo přehledné, je minimálně zpřehledněna posloupnost dosahování jednotlivých cílů a je jen minimálně zajištěno, že klíčové cíle budou naplněný u všech pacientů.

Zavedením dílčích rámcových témat a zavedení časové posloupnosti těchto témat by mělo pomoci celý proces zpřehlednit, systematizovat a zpřesnit. Stanovená dílčí témata samozřejmě nevylučují témata individuální a aktuální, jsou je základní kostrou, který by měla být nabídnuta každému pacientovi. Zavedení těchto témat a jejich posloupnosti by mělo usnadnit i individuální plánování péče jednotlivých pacientů.

Pracovní verze těchto témat vznikla na kolegiu primáře a má být podkladem pro další upřesnění či doplnění témat.

Témata skupin a jejich časování

Témata nulté fáze (na detoxu):

1.skupina „Proč jsi tady?“

„Jaká máš očekávání od léčby?“

„Máš vše, co potřebuješ k léčbě?“

Témata úvodní, první fáze:

2.skupina „Proč jsi tady? Jaká je tvoje motivace?“

„bilance životní situace“

3.skupina „zmapování důsledků závislosti“

„zmapování nultých prvních kroků ke stabilizaci“

4.skupina „rodina – bilance vztahů a situace“

5.skupina „bilance a definování rizik“

„náhled“

Témata druhé fáze:

6.skupina „co chci od léčby a od života?“

„co je reálné?“

„jaké kroky mě čekají?“

7.skupina „hlavní individuální problémy“

8.skupina „bilance vycházek a rizik“

9.skupina „rodina – řešení problémů“…Ideálně v rámci RT

10.skupina „jak bude vypadat moje abstinence?“

„prevence konkrétních rizik“

11.skupina „já v komunitě“

Témata závěrečné fáze:

12.skupina „příprava doléčovacího plánu“

„zajištění sociální sítě“

13.skupina „do čeho jdu“

„bilance léčby“

(10)

Příloha číslo 2: Použité zkratky

Apod. - a podobně

Atd. – a tak dále

Č. - číslo

Dr.- doktor

KTC – kvinterncolor (Lüsherův test barev)

Např. - například

PLČD – psychiatrická léčebna Červený Dvůr

PT – pracovní terapie

Tzv. – takzvaně

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)